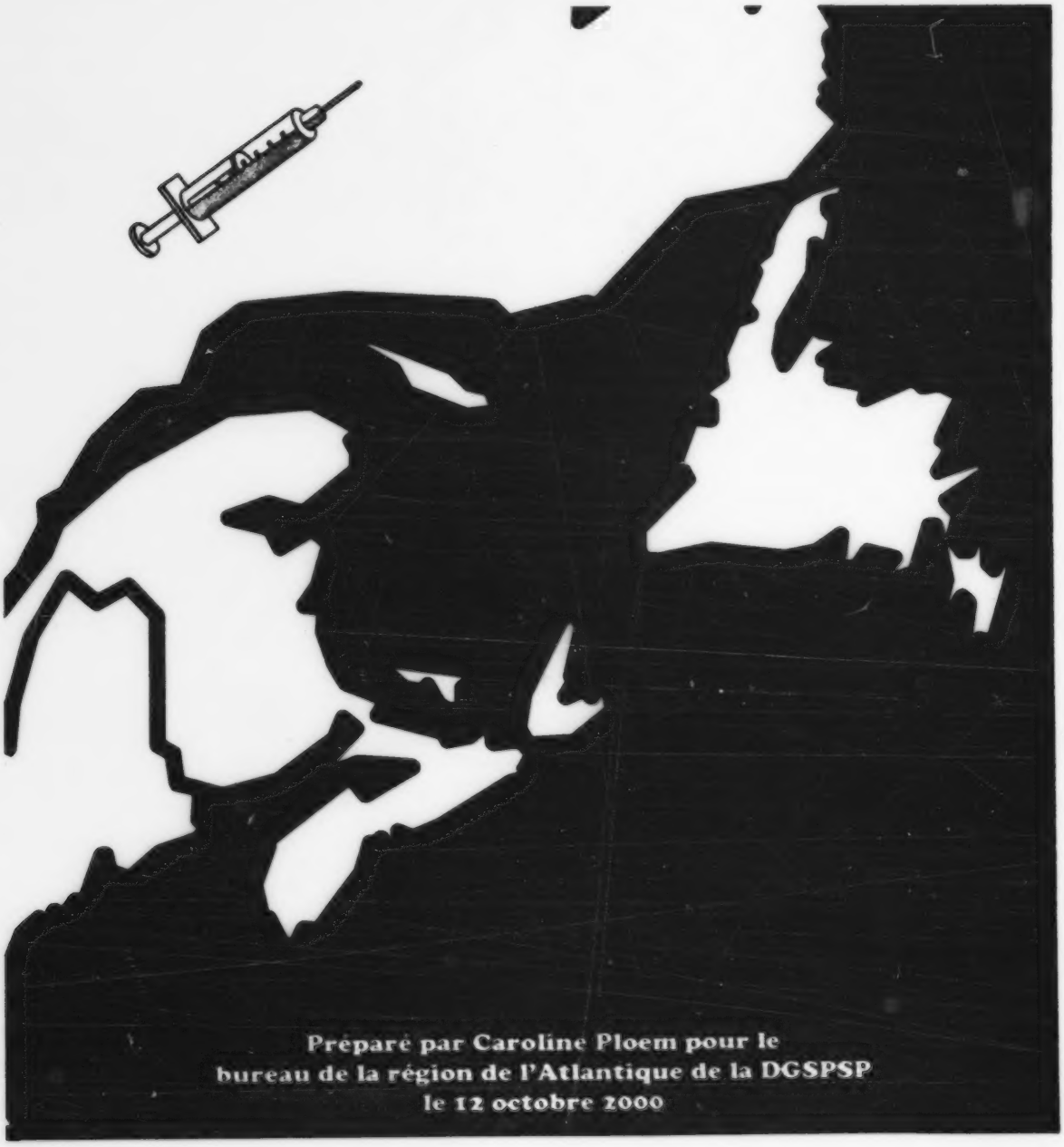
Health Canada
Population and Public
Health Branch

Santé Canada
Direction générale de la santé de la
population et de la santé publique

Profil de l'utilisation de drogues injectables au Canada Atlantique



**Préparé par Caroline Ploem pour le
bureau de la région de l'Atlantique de la DGSPSP
le 12 octobre 2000**

Les opinions exprimées dans le présent document sont celles de l'auteure et elles ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Pour obtenir des exemplaires additionnels du présent document ou pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec :

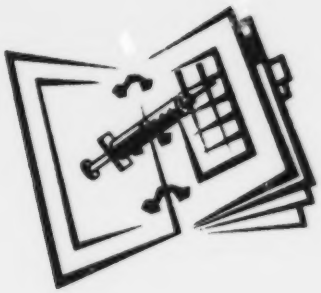
La Direction générale de la santé de la population et de la santé publique – Région de l'Atlantique
18e étage, Centre Maritime, bureau 1816
1505, rue Barrington
Halifax (N.-É.) B3J 3Y6
Tél. : (902) 426-2700
Téléc. : (902) 426-9689

© SA MAJESTÉ LA REINE DU CHEF DU CANADA (2000)
représentée par le ministre de la Santé

Nota : Dans le but d'alléger le texte, le genre masculin est utilisé pour désigner les personnes des deux sexes.

103-01269/

Table des matières



i **SOMMAIRE** v

1.0 **INTRODUCTION**

1.1 Renseignements généraux et fondement de l'étude 1
1.2 Objectif du projet de recherche 1
1.3 Objectif du présent rapport 2

2.0 **MÉTHODOLOGIE**

2.1 Vue d'ensemble du projet 3
2.2 Questionnaires et guide d'interview 4
2.2.1 Questionnaire à l'intention des participants 4
2.2.2 Enquête épidémiologique provinciale 4
2.2.3 Guide d'interview des répondants 4
2.2.4 Analyse des données 5
2.3 Stratégies d'échantillonnage des répondants et de suivi 5

3.0 **PRINCIPAUX RÉSULTATS**

3.1 Taux de participation et taille de l'échantillon 7
3.1.1 Questionnaire à l'intention des participants 7
3.1.2 Enquête épidémiologique provinciale et interviews 7

3.2 Expérience des répondants en rapport avec l'injection de drogues 9
3.2.1 Poste/rôle et objectif principal 9
3.2.2 Lieux du travail ou de la participation en rapport avec les UDI 9
3.2.3 Étendue de l'expérience de travail en rapport avec les UDI 11

3.3 Renseignements sur l'utilisation et l'injection de drogues 19
3.3.1 Drogues injectées 19
3.3.2 Drogues préférées 20
3.3.3 Tendances ou modes concernant les drogues utilisées ou préférées .. 22
3.3.4 Lieux d'injection des drogues 23
3.3.5 Tendances ou modes liées aux lieux d'injection de drogues 25
3.3.6 Autres commentaires sur les drogues préférées et sur les lieux d'injection 26

3.4 Caractéristiques démographiques et tendances 29
3.4.1 Aperçu 29
3.4.2 Sexe et scolarité 29
3.4.3 Différences d'âge et tendances 33
3.4.4 Différences ethniques/culturelles 37
3.4.5 Différences entre les régions urbaines et rurales 38
3.4.6 « Points chauds » régionaux et provinciaux 39

3.5 Activités à risque liées à l'injection de drogues et aux pratiques sexuelles 43
3.5.1 Aperçu 43
3.5.2 Utilisation risquée des seringues 43
3.5.3 Pratiques sexuelles à risque 45
3.5.4 Réactions aux messages sur la réduction des risques liés à l'utilisation de seringues et aux pratiques sexuelles 47
3.5.5 Autres risques pour la santé 48

3.6 Dépistage et fréquence des maladies transmissibles 48
3.6.1 Aperçu 48
3.6.2 Cas signalés 49
3.6.3 Estimation de la fréquence du dépistage et des taux d'infection 51

3.7 Commentaires additionnels 53

4.0 BIBLIOGRAPHIE 56

5.0 ANNEXES 57

A. Questionnaire à l'intention des répondants et lettre d'accompagnement 59
B. Enquête épidémiologique provinciale 66
C. Guide d'interview des répondants 70
D. Liste des répondants 71
E. Liste de la recherche et de la documentation dans le même domaine 73

LISTE DES FIGURES

1. Distribution des répondants selon la province 7
2. Principal poste/rôle en rapport avec les UDI 10
3. Objectif principal du travail ou de la participation en rapport avec les UDI 10
4. Principal milieu de travail en rapport avec les UDI 11
5. Expérience de travail en rapport avec des utilisateurs de drogues injectables 12
6. Expérience et connaissances portant sur des sous-groupes d'UDI du Canada Atlantique 12
7. Drogues injectables dont l'utilisation est connue au Canada Atlantique 19
8. Drogues considérées comme les préférées au Canada Atlantique 22
9. Lieux considérés comme les deux lieux les plus souvent utilisés pour l'injection de drogues au Canada Atlantique 25
10. Différences dans l'utilisation des drogues injectables entre les hommes et les femmes 29
11. Niveau de scolarité moyen atteint par les UDI 32
12. Groupes d'âge considérés comme les deux groupes d'âge les plus fréquents des UDI au Canada Atlantique 33
13. Tendances ou modes liées à l'âge des UDI 34
14. Différences dans l'utilisation des drogues injectables entre les groupes ethniques et culturels 37
15. Expérience de travail avec des UDI de diverses origines ethniques et culturelles 37
16. Différences entre les milieux urbains et ruraux 38
17. « Points chauds » du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse, et de l'Île-du Prince-Édouard 41
18. « Points chauds » de Terre-Neuve 41
19. Estimation de la proportion des UDI qui exercent des activités à risque liées à l'injection de drogues 43
20. Estimation de la proportion des UDI qui ont des pratiques sexuelles risquées 45

LISTE DES TABLEAUX

1. Vue d'ensemble du projet : phases et principales composantes 3
2. Stratégie d'échantillonnage des répondants 6
3. Échantillons provinciaux et taux de réponse 8
4. Nombre de répondants interviewés 8
5. Nombre d'années d'expérience en rapport avec l'injection de drogues 11
6. Description du travail des répondants en rapport avec les UDI 14
7. Services liés à l'injection de drogues dans diverses collectivités de la région de l'Atlantique 18
8. Drogues injectables dont l'utilisation est connue des répondants 20

9. Drogues préférées des UDI selon les répondants 22
10. Lieux d'injection de drogues connus des répondants dans leur collectivité 24
11. Autres commentaires sur les drogues préférées et sur les lieux d'injection 27
12. Réponses à la question ouverte sur les différences dans l'utilisation des drogues injectables entre les hommes et les femmes 30
13. Réponses à la question ouverte sur les différences et les tendances dans l'utilisation des drogues injectables selon l'âge 35
14. Réponses à la question ouverte sur les différences dans l'utilisation des drogues injectables entre les milieux urbains et ruraux 39
15. Estimation du nombre d'UDI à partir des données épidémiologiques sur le VHC 40
16. Estimation du nombre d'UDI dans les « points chauds » provinciaux 42
17. Estimation de la proportion des UDI qui exercent des activités à risque liées à l'injection de drogues et aux pratiques sexuelles 44
18. Commentaires additionnels sur les comportements à risque liés à l'injection de drogues et aux pratiques sexuelles 46
19. Liste des autres complications et problèmes de santé possibles 48
20. Renseignements épidémiologiques sur le VIH/sida, le VHC et le VHB 50
21. Estimation de la proportion des UDI qui ont subi un test de dépistage du VIH, du VHB et du VHC 51
22. Commentaires additionnels 54

i SOMMAIRE

But et méthodologie

La propagation du VIH/sida et d'autres infections, comme l'hépatite C, parmi les utilisateurs de drogues injectables (UDI) du Canada a été documentée à plusieurs reprises. La plupart des études canadiennes sur l'injection de drogues ont été effectuées dans des grandes villes, à l'ouest des provinces Atlantiques. Bien que des recherches utiles dans le domaine de l'injection de drogues et des risques connexes aient été réalisées dans la région de l'Atlantique, elles ont porté principalement sur certaines régions de la Nouvelle-Écosse et elles ont accordé relativement peu d'attention aux utilisateurs de drogues injectables des autres provinces de l'Atlantique.

La présente étude a été réalisée dans le but de fournir au Bureau de la région de l'Atlantique de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (DGSPSP) de Santé Canada, et à d'autres intervenants, un profil de base sur les connaissances actuelles dans le domaine de l'utilisation de drogues injectables dans les quatre provinces de l'Atlantique. Le dépouillement et la synthèse des renseignements obtenus ont été réalisés en fonction des principales questions de la recherche.

Que savons-nous sur les sujets suivants :

Les types de drogues injectées, les drogues préférées et les lieux d'injection?

Les caractéristiques démographiques des UDI de la région (p. ex. sexe, âge, scolarité, résidence en milieu urbain ou rural)?

L'importance des activités à risque liées à l'injection de drogues et aux pratiques sexuelles parmi les UDI de la région?

La prévalence du VIH, de l'hépatite B, de l'hépatite C et d'autres maladies transmissibles parmi les UDI des provinces Atlantiques?

Différentes méthodes quantitatives et qualitatives ont servi à recueillir les données, dont des questionnaires à remplir soi-même (questionnaire à l'intention des participants et enquête épidémiologique provinciale), ainsi que l'interview téléphonique des répondants. Une méthode d'échantillonnage au jugé a été utilisée et des efforts ont été faits pour joindre tous les prestataires de services dont le travail porte principalement ou largement sur des questions relatives à l'injection de drogues (p. ex. programmes d'échange de seringues, programmes d'extension des services), de même qu'une vaste gamme d'agences et d'organismes gouvernementaux et non gouvernementaux susceptibles de pouvoir fournir des réponses pertinentes aux questions de la recherche (p. ex. organismes de lutte contre le sida et contre l'hépatite C, Narcotiques Anonymes, centres de traitement des dépendances, services correctionnels, organismes responsables de la santé publique et de l'application de la loi).

Principaux résultats

Au total, 77 répondants, représentant un éventail d'expériences personnelles et de travail portant sur l'injection de drogues dans les quatre provinces de l'Atlantique, ont répondu au questionnaire *Profil de l'utilisation de drogues injectables au Canada Atlantique*. Il s'agissait surtout d'infirmiers, de membres de comités de réduction des méfaits, d'agents de police, de directeurs de programmes, de travailleurs des programmes d'échange de seringues et d'extension des services, de conseillers en toxicomanie, et de médecins. Plusieurs personnes se sont identifiées comme UDI ou comme anciennes UDI, et certaines ont dit participer à l'industrie du sexe. Des renseignements sur l'épidémiologie et sur la surveillance des maladies transmissibles ont été obtenus auprès de tous les participants à l'enquête épidémiologique provinciale et un total de 20 répondants, dont le travail portait exclusivement ou très largement sur les questions relatives à l'injection de drogues, ont été interviewés.

Renseignements sur l'utilisation et l'injection de drogues

Drogues injectées et drogues préférées. Les renseignements obtenus montrent que les UDI du Canada Atlantique utilisent une variété de drogues injectables. Cependant, les opiacés (82 %) et la cocaïne/crack (77 %) ont été de loin les deux types de drogues les plus souvent indiqués dans la région. Parmi les opiacés, le Dilaudid était la drogue la plus courante (75 % des répondants ont déclaré qu'elle était utilisée dans leur collectivité), suivie par l'héroïne (47 %), la morphine (34 %), et le Demerol (27 %). Les amphétamines et les stimulants autres que la cocaïne, et les stéroïdes ont été les seules autres catégories de drogues nommées assez fréquemment (de 27 % à 37 %) – c'est-à-dire qu'aucune des autres drogues n'a été citée par plus de 15 % des répondants.

On a demandé aux participants de préciser quelles étaient les préférences des utilisateurs de drogues injectables de leur collectivité. La grande majorité d'entre eux ont indiqué comme premier ou deuxième choix le Dilaudid et la cocaïne/crack. Cependant, un examen plus approfondi des données a révélé qu'un grand nombre des UDI du Canada Atlantique préfèrent combiner un opiacé et la cocaïne/crack (utilisés séparément ou ensemble en un « speedball » qui « équilibre » l'expérience). Dans certaines régions (p. ex. à Halifax), un grand nombre d'utilisateurs de Dilaudid par injection sont également connus pour fumer du crack. Moins populaire que le Dilaudid, la drogue MS Contin semble toutefois être l'opiacé préféré de certains UDI. Plusieurs répondants ont précisé que les UDI de la région semblent préférer les narcotiques sur ordonnance à l'héroïne à cause des problèmes de qualité de celle-ci.

Les renseignements provenant des questionnaires et des interviews ont également permis de déterminer plusieurs autres tendances relativement aux drogues préférées des UDI du Canada Atlantique.

- Le Dilaudid semble être relativement plus populaire au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse que dans les deux autres provinces. En effet, la plupart des participants de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve ont indiqué que la préférence allait à la cocaïne/crack plutôt qu'au Dilaudid.

La préférence pour une drogue dépend énormément de sa disponibilité et de son accessibilité (p. ex. le Dilaudid est facile à obtenir dans la plupart des régions du Canada Atlantique et il est moins cher que les autres opiacés telle l'héroïne).

Des participants de divers endroits de la Nouvelle-Écosse et du Nouveau-Brunswick ont attribué la popularité du Dilaudid au fait qu'il est prescrit de façon trop libérale par certains médecins et au problème de l'« obtention d'ordonnances multiples » (c.-à-d. qu'une personne obtient la même ordonnance de plus d'un médecin). À cause de cela, un grand nombre de pilules se retrouvent en vente sur la rue.

Quelques répondants de la Nouvelle-Écosse ont également attribué en partie la grande disponibilité du Dilaudid au manque de programmes de traitement de maintien à la méthadone (c.-à-d. que des médecins prescrivent couramment du Dilaudid à des personnes dont le nom est sur la liste d'attente de ces programmes).

Un grand nombre d'UDI qui s'injectent de la cocaïne/crack commencent par renifler ou par fumer cette drogue. Cependant, dès qu'ils essaient l'injection, ils préfèrent le « rush immédiat » qu'elle procure. La grande majorité des participants interviewés ont également commenté la hausse des crimes violents associés à la cocaïne/crack.

Tout en soulignant l'absence de données sur l'importance de l'utilisation des drogues injectables, la majorité des répondants de Terre-Neuve ont indiqué que ce problème semble être moins fréquent que la consommation d'alcool, l'utilisation de cannabis, ou la consommation orale de médicaments d'ordonnance.

La consommation excessive d'alcool semble aller de pair avec l'injection de médicaments d'ordonnance, en particulier dans les régions rurales où il n'est pas rare que les UDI déclarent avoir été enivrés la première fois qu'ils ont utilisé une drogue injectable.

Lieux d'injection des drogues. Il est évident que l'utilisation de drogues injectables se produit en divers lieux en plus du domicile de l'utilisateur. Les lieux le plus souvent mentionnés dans la région de l'Atlantique ont été les fumeries de crack, les établissements correctionnels, la rue, les fêtes privées (indiqués par 62 % à 75 % des répondants). Une proportion importante des répondants ont également cité les bars/brasseries/clubs (30 %), et les piqueries (47 %). Les données montrent également que l'injection de drogues se produit aussi dans au moins quelques-uns des établissements d'enseignement de la région de l'Atlantique (c.-à-d. collèges communautaires/universités et écoles publiques) et dans les centres de traitement des dépendances, bien que cela soit moins fréquent.

L'analyse des données a permis de faire ressortir certaines similitudes et certaines différences entre les provinces. Ainsi, alors que les fêtes privées et « la rue » (p. ex. ruelles, cafés-restaurants, toilettes) ont été indiquées par la majorité des participants de toutes les provinces, personne ne connaissait de piqueries à l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve et très peu de participants de ces deux provinces savaient s'il existait des fumeries de crack dans leur collectivité.

Parmi les autres résultats importants relativement aux lieux d'injection de drogues, notons :

À l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve, l'injection de drogues se fait principalement au domicile de l'utilisateur ou au cours de fêtes privées;

Les fumeries de crack et les piqueries sont particulièrement courantes dans certaines parties de la Nouvelle-Écosse et du Nouveau-Brunswick, y compris dans les grands centres comme Halifax, mais aussi dans de plus petites villes (p. ex. Fredericton, Saint-Jean, Sydney, Glace Bay);

Des activités à risque très élevé ont été mises en évidence dans certains lieux (p. ex. dans des « maisons de chambre » de Halifax) où on sait que des toxicomanes fouillent parfois dans les contenants de seringues pour retirer de celles-ci les résidus de drogue qui s'y trouvent;

Il n'est pas rare que des détenus fédéraux, dont la préférence allait au cannabis, commencent à utiliser des drogues injectables après avoir été incarcérés afin d'essayer de déjouer les analyses d'urine (le cannabis peut être décelé jusqu'à un mois après avoir été consommé alors que certaines drogues injectables ont une fenêtre de détection beaucoup plus courte).

Caractéristiques démographiques et tendances

Les données qualitatives et quantitatives ont fourni beaucoup de renseignements sur le sexe, l'âge, la scolarité et les autres caractéristiques démographiques des utilisateurs de drogues injectables de la région de l'Atlantique. Les répondants ont également signalé un certain nombre d'habitudes et de tendances associées à diverses variables démographiques :

L'utilisation de drogues injectables est généralement plus répandue chez les hommes que chez les femmes;

L'utilisation de drogues injectables augmente chez les femmes;

Il existe des différences entre les sexes en termes de pouvoir/contrôle (p. ex. les femmes sont utilisées sexuellement lorsqu'elles achètent ou vendent des drogues);

Il existe des différences entre les sexes dans les méthodes utilisées pour obtenir des drogues (p. ex. les femmes ont plus tendance à participer à l'industrie du sexe alors que les hommes ont plus tendance à être impliqués dans des crimes tels le commerce des drogues, le vol, et le vol à main armé);

Il y a certainement des exceptions, mais la majorité des utilisateurs de drogues injectables n'ont pas terminé leurs études secondaires, et la plupart sont des marginaux du point de vue social et économique;

Il n'y a pas de limite d'âge pour l'utilisation de drogues injectables, mais la majorité des utilisateurs ont entre 18 et 44 ans. Dans ce groupe, les utilisateurs de 25 à 34 ans sont les plus fréquents, bien

qu'un grand nombre de participants aient souligné l'importance de l'utilisation des drogues injectables chez les jeunes (de 18 à 24 ans);

Plusieurs répondants ont observé une tendance à la réduction de l'âge au moment de la première expérience d'injection de drogues et un grand nombre d'entre eux ont noté que l'injection de drogues se répand chez les jeunes de leur collectivité. De plus, à leur avis les jeunes UDI ont moins tendance à aller chercher de l'aide ou un traitement que les plus âgés;

Il est relativement fréquent que des utilisateurs de drogues injectables plus âgés, qui consomment des drogues depuis longtemps, soient devenus dépendants aux opiacés à la suite d'une ordonnance pour une douleur ou une blessure physique (c.-à-d. qu'avec le temps, ils sont passés de l'administration orale à l'injection, une façon plus efficace et efficiente d'administrer la drogue);

Quelques différences dans l'injection de drogues entre les milieux urbains et ruraux ont été notées. Tout en reconnaissant l'existence de l'utilisation des drogues injectables dans la plupart des régions rurales du Canada Atlantique, plusieurs répondants ont indiqué que, de façon générale, ce phénomène était plus répandu dans les centres urbains. D'autres ont commenté le plus grand niveau de secret et d'effort nécessaire pour avoir accès à certaines drogues dans les régions rurales (p. ex. il faut connaître un vendeur et être personnellement intégré aux UDI de la collectivité);

Bien qu'il soit impossible de déterminer le nombre exact d'UDI dans la région de l'Atlantique, les données ont fait ressortir plusieurs « points chauds » régionaux et provinciaux. Du point de vue régional, ce sont la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick qui comptent le plus grand nombre d'utilisateurs de drogues injectables. Cependant, chaque province a ses propres points relativement « chauds »;

> Les participants du Nouveau-Brunswick, de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve pensent que les grands centres de leur province sont les principales zones d'activités des UDI,
>
> Les répondants de la Nouvelle-Écosse ont insisté sur l'importance de l'utilisation de drogues injectables dans le principal centre (Halifax-Dartmouth). Ils ont toutefois souligné aussi l'étendue de l'injection de drogues dans les petites communautés rurales du nord de la province (en particulier dans les comtés de Cumberland et de Pictou) et de l'est (Cap-Breton);

Les UDI du Canada Atlantique sont également considérés comme étant très mobiles (c.-à-d. qu'un grand nombre d'entre eux ont déménagé dans les grands centres urbains ou viennent des grands centres urbains situés à l'ouest de la région).

Activités à risque liées à l'injection de drogues et aux pratiques sexuelles

Les renseignements fournis par les réponses au questionnaire et par les interviews plus détaillées ont permis d'avoir une bonne idée de l'étendue des diverses activités à risque liées à l'injection de drogues et aux pratiques sexuelles des UDI de la région de l'Atlantique. En résumé, les données corroborent la fréquence de divers comportements dangereux associés à l'injection de drogues et aux pratiques sexuelles, et elles mettent en évidence le fait que les comportements à risque liés aux pratiques sexuelles sont relativement plus répandus.

Dans l'ensemble, les répondants ont estimé qu'entre 25 % et 50 % des UDI de leur collectivité partageaient des seringues usagées et qu'entre 50 % et 75 % utilisaient le « booting » (c.-à-d. aspiration de sang dans la seringue et injection de la solution, une ou plusieurs fois).

En ce qui concerne les autres activités à risque liées à l'usage de seringues, elles étaient estimées à environ 50 %. Ceci signifie que, de façon générale, les répondants considèrent que près de la moitié des UDI de leur collectivité exercent les activités suivantes : partage du matériel d'injection tels cuillères, filtres et eau; « frontloading » et « backloading » (c.-à-d. transfert d'une partie de la drogue en solution d'une seringue à une autre); partage de seringues usagées; partage de seringues nettoyées à l'eau de Javel.

Les répondants ont souligné le fait que la majorité des utilisateurs de drogues injectables du Canada Atlantique participent à diverses pratiques sexuelles risquées.

L'activité la plus souvent mentionnée dans ce domaine a été les pratiques sexuelles risquées avec des partenaires réguliers (entre 75 % et 100 % des UDI). Bien que légèrement inférieure, la fréquence des pratiques sexuelles risquées avec des partenaires occasionnels et avec des clients de l'industrie du sexe était généralement estimée à environ 75 %).

Les données montrent également qu'une proportion importante des UDI de la région participent à l'industrie du sexe (les deux tiers des répondants ont estimé cette proportion à 25 % des UDI de leur collectivité).

Les interviews ont fait ressortir plusieurs thèmes importants en ce qui concerne l'efficacité des messages adressés actuellement aux UDI et portant sur la réduction des risques liés à l'injection de drogues et aux pratiques sexuelles.

Pour transmettre les messages efficacement, il est essentiel d'établir ou de gagner la confiance des UDI au cours d'une rencontre individuelle.

Les messages sont plus crédibles et ils ont plus de répercussions lorsqu'ils sont transmis par des pairs ou par des « aidants naturels » (c.-à-d. des anciens utilisateurs).

Les messages concernant la réduction des risques liés à l'injection de drogues sont habituellement mieux reçus des UDI que les messages sur les pratiques sexuelles à risques réduits. Les UDI sont généralement mieux renseignés sur la réduction des risques liés à

l'utilisation de seringues et il y a plus de chances qu'ils adoptent des comportements moins dangereux dans ce cas que dans le cas des pratiques sexuelles.

Le partage des cuillères et des filtres est plus fréquent que le partage des seringues et cela semble être l'activité risquée la plus répandue dans le domaine de l'injection de drogues (le « booting » est une pratique courante, mais ses conséquences sur la transmission des maladies sont moins connues).

Un grand nombre d'UDI craignent d'aller chercher des seringues propres. La plupart des centres d'échange de seringues n'atteignent qu'une petite proportion des UDI.

Les messages sont habituellement moins efficaces lorsqu'ils sont transmis à un utilisateur qui est très « high ». Pour un grand nombre d'UDI, la réduction des risques liés à l'injection de drogues est peu importante lorsqu'il leur faut absolument un « fixe ».

Dans le milieu carcéral, il est plus facile de transmettre les messages sur la réduction des risques associés à l'injection de drogues qu'aux pratiques sexuelles étant donné que très peu de détenus admettent avoir des expériences homosexuelles.

Tout comme les autres jeunes, un grand nombre de jeunes UDI (y compris des détenus) ont l'impression d'être invincibles et ils risquent davantage que les utilisateurs plus âgés de ne pas tenir compte des messages sur la réduction des méfaits.

En plus des risques évidents de transmission de maladies associés aux activités dangereuses dans le domaine de l'injection de drogues et des pratiques sexuelles, les UDI sont également soumis à une multitude d'autres risques physiques et psychologiques (p. ex. abcès, malnutrition, clochardise, problèmes de santé mentale, agressions sexuelles, crime).

Dépistage et prévalence des maladies transmissibles

Cas signalés. Les renseignements sur les cas de VIH/sida, d'hépatite B et d'hépatite C signalés à la fin de l'année 1999 ont été obtenus auprès des ministères provinciaux de la santé. Ceux-ci ont fourni des données sur les facteurs de risque du VIH/sida et de l'hépatite C associés à l'injection de drogues. Cependant, les données sur la surveillance de l'hépatite B étaient particulièrement rares et incomplètes. Voici, en résumé, les renseignements fournis par les rapports de surveillance provinciaux :

Parmi ces trois maladies transmissibles, l'hépatite C est celle dont la prévalence est la plus forte dans la région de l'Atlantique. Le nombre de cas le plus élevé se trouvait en Nouvelle-Écosse (2 197) et au Nouveau-Brunswick (1 503). Terre-Neuve et l'Île-du-Prince-Édouard comptaient respectivement 321 cas et 240 cas. L'hépatite B et le VIH/sida sont relativement moins répandus, bien qu'ils existent aussi;

Il y a une différence significative entre les sexes dans le nombre de cas de VIH/sida et d'hépatite C signalés. Dans la majorité des cas signalés, les personnes atteintes sont des hommes : de 77 % à

1.0 INTRODUCTION

1.1 Renseignements généraux et fondement de l'étude

Tel qu'énoncé dans un rapport publié récemment sur l'utilisation de drogues injectables et le VIH/sida, la propagation du VIH/sida (et d'autres maladies infectieuses telle l'hépatite C) parmi les utilisateurs de drogues injectables du Canada mérite qu'on s'y intéresse sérieusement et immédiatement (Réseau juridique canadien VIH, 1999). Bien qu'il soit évident qu'un grand nombre d'UDI du Canada Atlantique ont des comportements à risque, le dépouillement des renseignements disponibles était nécessaire pour mieux comprendre le problème et pour orienter les efforts de prévention et de promotion de la santé de façon à choisir les meilleures pratiques. Ainsi, le fait de connaître les types de drogues utilisées a des répercussions importantes sur les méthodes de réduction des méfaits qui sont nécessaires (p. ex. dans le cas des utilisateurs de cocaïne dont le taux d'injection est habituellement beaucoup plus élevé que celui des utilisateurs d'opiacés, il n'est pas très utile de limiter le nombre de seringues qu'une personne peut obtenir à un centre d'échange de seringues).

La plupart des études canadiennes sur l'injection de drogues ont été réalisées dans de grandes régions urbaines à l'ouest des provinces Atlantiques (p. ex. Vancouver, Toronto, Ottawa, Montréal). Des recherches utiles sur l'injection de drogues et sur les risques connexes ont été effectuées dans la région de l'Atlantique (p. ex. Poulin, 1992; Grandy, 1995; Lior et Stratton, 1998; Poulin *et al.*, 1998), mais ce travail a porté principalement sur des régions précises de la Nouvelle-Écosse, et on disposait de relativement peu de renseignements sur les UDI des autres provinces Atlantiques.

1.2 Objectif du projet de recherche

Le présent projet avait pour principal objectif de faire le dépouillement et la synthèse des renseignements disponibles sur l'utilisation de drogues injectables dans les quatre provinces Atlantiques afin de fournir au Bureau de la région de l'Atlantique de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (DGSPSP) de Santé Canada, un profil de base sur les connaissances actuelles dans ce domaine.

Les principales questions du projet de recherche comprenaient :

Quels types de drogues sont injectées? Quelles sont les drogues préférées? À quels endroits cela se produit-il (p. ex. dans les résidences privées, sur la rue, dans les piqueries)?

Quelles sont les caractéristiques démographiques des UDI de la région (p. ex. sexe, âge, scolarité, résidence en milieu urbain ou rural, appartenance ethnique)?

Quelle est la fréquence des activités à risque dans le domaine de l'injection de drogues (p. ex. partage de l'équipement) et des pratiques sexuelles (p. ex. pratiques sexuelles dangereuses) parmi les UDI de la région?

Que savons-nous de la prévalence du VIH, de l'hépatite B, de l'hépatite C et d'autres maladies transmissibles parmi les UDI des provinces Atlantiques?

1.3 Objectif du présent rapport

Le présent rapport a pour principal objectif de fournir au Bureau de la région de l'Atlantique de la DGSPSP les résultats du dépouillement et de la synthèse des connaissances actuelles dans le domaine de l'utilisation de drogues injectables dans la région de l'Atlantique. Il ne vise pas à faire une évaluation des services de la région associés à l'injection de drogues, ni à faire des recommandations précises concernant la réduction des méfaits ou la promotion de la santé. Plusieurs autres rapports nationaux sur l'utilisation de drogues injectables ont proposé et répété d'amples recommandations (p. ex. ceux du Groupe de travail sur le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection, 1997, et du Réseau juridique canadien VIH, 1999).

Le présent rapport s'efforce principalement de fournir des renseignements de base en vue de guider l'établissement de priorités relativement aux recommandations faites auparavant et à leur mise en application, tout en tenant compte des caractéristiques particulières des UDI de la région de l'Atlantique. Comme le faisait remarquer McAmmond (1997), on doit prendre en considération les différences entre les collectivités lorsqu'on réagit aux problèmes et aux recommandations concernant l'utilisation de drogues injectables.

> *Les collectivités diffèrent énormément les unes des autres. Même dans de grands centres, comme Vancouver, Toronto et Montréal, on trouve de grandes disparités. Les petites villes et les régions rurales sont encore plus différentes. C'est pourquoi les solutions spécifiques doivent être choisies à l'échelle de la collectivité. Les lignes directrices, les ressources et les modèles nationaux peuvent être utiles, mais ils doivent être suffisamment souples pour êtres adaptés aux circonstances et aux besoins de chaque collectivité* (p. 18).

Le présent rapport utilise un cadre de travail comparatif et il fournit un profil de l'utilisation de drogues injectables (à partir des quatre principales questions de la recherche indiquées à la section 1.2) dans chacune des quatre provinces Atlantiques et dans l'ensemble de la région. Un sommaire de la méthodologie utilisée pour la collecte des données est présenté à la section 2.0 et les principaux résultats de la recherche sont résumés à la section 3.0. Le projet et ses principaux résultats sont résumés dans le sommaire. La liste de la documentation et de la recherche connexe provenant de la région est soumise en annexe. Tous les outils de collecte des données sont également annexés.

2.0 MÉTHODOLOGIE

2.1 Vue d'ensemble du projet

Le projet *Profil de l'utilisation de drogues injectables au Canada Atlantique* a été exécuté en quatre phases principales échelonnées sur une période de six mois : 1) Conception de la recherche et méthodologie. 2) Collecte des données. 3) Entrée des données. 4) Rapport final. Des méthodes de collecte des données quantitatives et qualitatives ont été utilisées, y compris des questionnaires écrits, l'interview des répondants et une étude de la documentation.

Un total de 44 jours ont été consacrés à la réalisation du projet, entre le 24 février et le 25 août 2000. Le tableau 1 donne le calendrier d'exécution approximatif de chacune des quatre phases du projet et un résumé de leurs principales composantes.

Tableau 1 Vue d'ensemble du projet : phases et principales composantes

I. Conception de la recherche et méthodologie (10 jours)	
	Préparation de la liste des participants. Élaboration du questionnaire à l'intention des participants, du guide d'interview, de l'enquête épidémiologique provinciale et des lettres d'accompagnement. Consultation avec le Bureau de la région de l'Atlantique de la DGSPSP et avec d'autres intervenants-clés au sujet de la conception du projet et de la méthodologie. Exécution des tâches administratives concernant la distribution des questionnaires (p. ex. préparation des listes d'envoi, entente de traduction, impression des questionnaires). Distribution du questionnaire aux participants (à 164 endroits du Canada Atlantique) et de l'enquête épidémiologique provinciale aux quatre ministères provinciaux de la santé.
II. Collecte des données (13 jours)	
	Recherche de la documentation (p. ex. publications dans les revues, bibliographies, sites Web). Premier contact téléphonique avec tous les répondants de la *Liste A* (présentation du projet; explication du but de la recherche; établissement du calendrier des interviews téléphoniques). Interviews téléphoniques des répondants et transcription des données. Suivi concernant les questionnaires non retournés et les principales lacunes dans les réponses écrites.
III. Entrée et analyse des données (9 jours)	
	Création d'une base de données. Entrée des données (77 formulaires), dépouillement et analyse des données.
IV. Rapport final (12 jours)	
	Préparation d'un rapport provisoire. Consultation de la DGSPSP (et d'autres intervenants, au besoin) au sujet du rapport provisoire. Révision du rapport provisoire et présentation du rapport final à la DGSPSP pour approbation. Impression de la version finale de la documentation nécessaire en anglais et entente de traduction.

2.2 Questionnaires et guide d'interview

2.2.1 Questionnaire à l'intention des participants. Le questionnaire intitulé *Profil de l'utilisation de drogues injectables au Canada Atlantique* (voir l'annexe A) a été conçu de façon à recueillir des renseignements en réponse aux quatre principales questions de la recherche. Élaboré en consultation avec le Bureau de la région de l'Atlantique de la DGSPSP et avec un échantillon choisi de répondants (p. ex. de Mainline Needle Exchange), ce questionnaire à remplir soi-même était disponible en français et en anglais et il fallait environ dix minutes pour y répondre. Il comprenait surtout des questions fermées et quelques questions ouvertes pour permettre aux participants de donner plus de détails ou de précisions sur certains sujets. Afin de maximiser le taux de réponse, une lettre d'accompagnement expliquait le but et l'importance de l'enquête (annexe A), et une enveloppe affranchie pré-adressée était jointe.

Le questionnaire se composait de 20 questions divisées en quatre sections : *a) Renseignements généraux* – pour recueillir des renseignements essentiels sur l'expérience de travail des participants dans le domaine de l'utilisation de drogues injectables, sur leur profession et sur leur milieu de travail; *b) Renseignements sur l'utilisation et l'injection de drogues* – afin d'évaluer diverses caractéristiques démographiques des utilisateurs de drogues injectables de la région, et d'obtenir des renseignements concernant les types de drogues injectées, les préférences et les lieux d'injection; *c) Activités liées à l'injection de drogues et activités sexuelles à risque* – afin d'examiner la fréquence des comportements risqués parmi les UDI de la région dans le domaine de l'injection de drogues et des pratiques sexuelles; d) *Documentation et commentaires additionnels* – pour que les participants puissent donner une liste de documents de recherche, de rapports et d'autres documents sur l'utilisation de drogues injectables dans la région de l'Atlantique, d'indiquer le nom d'autres répondants et d'ajouter tout autre commentaire à ce sujet.

2.2.2 Enquête épidémiologique provinciale. Composé de 12 questions, ce questionnaire a été conçu spécifiquement pour recueillir des renseignements détaillés sur l'épidémiologie et sur la surveillance relativement à la prévalence du VIH, de l'hépatite B, de l'hépatite C et d'autres maladies transmissibles parmi les UDI de la région de l'Atlantique. Il comprenait une combinaison de questions fermées et ouvertes pour évaluer la fréquence de l'utilisation de drogues injectables comme facteur de risque des diverses maladies transmissibles au cours de la dernière décennie, et pour établir des tendances ou des habitudes du point de vue de l'épidémiologie parmi les UDI de la région (voir l'annexe B). Le questionnaire de l'enquête a été distribué aux représentants des ministères de la santé de chacune des quatre provinces dont le nom a été donné par les autorités dans le domaine de l'épidémiologie et de la surveillance des maladies transmissibles.

2.2.3 Guide d'interview des répondants. Les interviews téléphoniques des répondants ont été structurées à partir d'une série de 12 questions ouvertes conçues pour obtenir des données qualitatives plus approfondies en rapport avec les quatre principales questions de la recherche du projet. Cet outil a été développé afin d'obtenir des renseignements des prestataires de services associés à l'utilisation de drogues injectables, les mieux renseignés et les plus expérimentés de la région (p. ex. ceux qui travaillent pour les programmes d'échange de seringues et de traitement de maintien à la méthadone). En plus de fournir des renseignements généraux sur le rôle et sur l'expérience des répondants, les interviews ont permis d'obtenir des commentaires détaillés sur les sujets suivants : caractéristiques démographiques des UDI de toute la

région, drogues injectées, préférences, lieux d'injection, prévalence des maladies transmissibles, méthodes de réduction des méfaits, et ressources en matière d'éducation et de soutien des UDI (voir l'annexe C). L'intervieweuse prenait des notes détaillées au cours de l'entretien et les données étaient immédiatement transcrites après chaque interview.

2.2.4 Analyse des données. Une base de données a été créée avec Microsoft Access 97 pour entrer tous les renseignements provenant des questionnaires et des interviews. Toutes les données quantitatives ont été exportées à Microsoft Excel 97 pour obtenir des statistiques descriptives, des tableaux et des analyses.

2.3 Stratégies d'échantillonnage des répondants et de suivi

Une liste de 164 répondants a été préparée aux fins de la stratégie d'échantillonnage du projet. Afin de veiller à ce qu'aucun des répondants ne soit oublié, cette liste a été discutée avec un échantillon des principaux prestataires de services de la région, y compris Mainline Needle Exchange, des organismes de lutte contre le sida qui offrent un programme d'échange de seringues, des représentants de la GRC responsables de la sensibilisation aux drogues, et des représentants des services de traitement des dépendances. Le tableau 2 donne la distribution des répondants selon la province.

Comme on le voit au tableau 2, deux listes de personnes-ressources ont été préparées pour la stratégie d'échantillonnage au jugé. La *Liste A* comprenait 34 prestataires de services dont le travail portait principalement ou en grande partie sur des questions relatives à l'utilisation de drogues injectables (p. ex. programmes d'échange de seringues, d'extension des services, de traitement de maintien à la méthadone). La *Liste B* comprenait une gamme plus étendue de 130 agences et organismes gouvernementaux et non gouvernementaux dont le travail ne portait pas nécessairement sur l'utilisation des drogues injectables, mais qui étaient susceptibles de fournir des réponses pertinentes aux questions de la recherche. C'était le cas par exemple des organisme suivants : organismes de lutte contre le sida, Société de l'hépatite C du Canada, Narcotiques Anonymes, Centres d'amitié autochtones, John Howard/Elizabeth Fry Societies, centres de traitement des dépendances, établissements correctionnels fédéraux et provinciaux, organismes de santé publique et organismes d'application de la loi.

Le questionnaire a été posté à tous les prestataires de services des deux listes et les participants avaient environ quatorze jours pour y répondre. La lettre d'accompagnement invitait les répondants de la *Liste A* à participer à la deuxième phase du projet, c'est-à-dire à une interview téléphonique plus approfondie. Dans le but de maximiser le taux de réponse, on a communiqué une première fois par téléphone avec tous les répondants de la *Liste A* (pour présenter le projet, pour expliquer le but de la recherche et pour fixer une date pour les entretiens téléphoniques). Plusieurs jours avant la date limite de retour du questionnaire, un suivi a été fait par téléphone auprès de tous les répondants des deux listes dont le questionnaire n'avait pas été retourné ou dont le questionnaire contenait des lacunes importantes.

Un total de 20 interviews ont eu lieu avec les répondants. Ces entretiens ont duré une heure en moyenne, variant de 30 minutes à 90 minutes. Les participants ont été choisis principalement en fonction de leur expérience et de leur expertise dans le domaine de l'utilisation des drogues injectables dans leur province

respective. Bien que la plupart des participants aient été choisis dans la *Liste A*, quelques personnes de la *Liste B* ont également été interviewées afin de garantir une représentation provinciale adéquate (voir l'annexe D). Bref, des interviews ont eu lieu avec des représentants de tous les programmes d'échange de seringues, des organismes de lutte contre le sida et des programmes d'extension des services de la *Liste A*. Plusieurs médecins qui participaient à des programmes de traitement de maintien à la méthadone ont également été interviewés, de même qu'un certain nombre d'autres personnes que le processus de recherche avait reconnues comme ayant des connaissances approfondies dans le domaine de l'utilisation de drogues injectables dans leur collectivité.

Tableau 2: Stratégie d'échantillonnage des répondants (n = 164)**

Liste A (n=34)	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.
Programmes d'échange de seringues (PES)	1	3	--	--
Organismes de lutte contre le sida – avec PES	1	--	--	1
Programmes d'extension des services	2	2	1	
Prestataires de services/programmes de traitement de maintien à la méthadone	10	11	1	1
Liste B (n=130)				
1. Partenaires communautaires (39)				
A. Organismes de lutte contre le sida – sans PES	2	3	1	--
B. Société de l'hépatite C du Canada	2	1	1	1
C. Narcotiques Anonymes	3	3	1	1
D. Centres d'amitié autochtones	1	1	--	--
E. John Howard/Elizabeth Fry Societies	7	5	1	2
F. Autres	2	1	-	-
2. Services correctionnels (13)				
A. Établissements correctionnels fédéraux (soins de santé du SCC)	3	2	-	-
B. Établissements correctionnels provinciaux	1	3	2	2
3. Application de la loi (22)				
A. GRC (responsables des programmes de sensibilisation aux drogues et autres personnes-ressources)	6	5	1	1
B. Forces municipales et Royal Newfoundland Constabulary (RNC)	2	--	4	3
4. Ministères provinciaux de la santé (56)				
A. Autorités provinciales en santé	1	1	1	1
B. Santé publique (directeurs régionaux/médecins hygiénistes/représentants du Comité consultatif f/p/t sur le VIH/sida)	10	5	8	4
C. Services de traitement des dépendances	8	5	5	7
Total	62	51	27	24

3.0 PRINCIPAUX RÉSULTATS

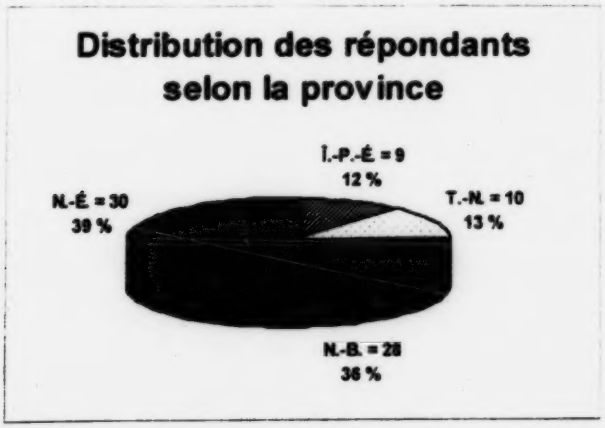
3.1 Taux de participation et taille de l'échantillon

3.1.1 Questionnaire à l'intention des participants. Au total, 77 répondants (28 hommes et 49 femmes) des quatre provinces Atlantiques ont répondu au questionnaire *Profil de l'utilisation de drogues injectables*. La figure 1 montre la distribution des répondants selon la province. On voit que le plus grand nombre de questionnaires retournés provenaient de la Nouvelle-Écosse (30), ensuite du Nouveau-Brunswick (28), puis de Terre-Neuve (10) et de l'Île-du-Prince-Édouard (9).

Les appels de suivi et les retours d'enveloppes « non distribuables » ont révélé qu'en fait seulement 139 des 164 personnes avaient bien reçu le questionnaire et ne l'avaient pas transmis à un collègue déjà sur la liste de distribution. Deux personnes de la *Liste A* et trois de la *Liste B* ont retourné un questionnaire incomplet, indiquant ne pouvoir y répondre convenablement par manque de connaissances ou d'expérience. Les 77 questionnaires retournés représentent un taux de réponse de 55 % (77/139 × 100 %). Le tableau 3 montre que tous les taux de réponse de la région (variant entre 43 % et 63 %) et les taux des deux listes de participants (66 % et 52 % respectivement pour les *Listes A* et *B*) sont acceptables, conformément aux lignes directrices de la méthodologie des enquêtes postales.

3.1.2 Enquête épidémiologique provinciale et interviews. Les données sur l'épidémiologie et sur la surveillance relativement à la prévalence de l'hépatite C et du VIH/sida parmi les UDI de la région de l'Atlantique ont été fournies par des représentants de chacun des quatre ministères provinciaux de la santé. Alors que toutes les provinces, sauf l'Île-du-Prince-Édouard, ont transmis certaines données sur la prévalence générale de l'hépatite B, aucune n'a répondu aux questions sur les facteurs de risque de cette maladie. Les appels de suivi ont révélé que ces données ne sont recueillies par aucun des ministères de la santé des provinces Atlantiques.

Figure 1



Les interviews des répondants ont été effectuées à partir d'un échantillon au jugé de 20 personnes de la région de l'Atlantique dont le travail portait largement ou exclusivement sur des questions relatives à l'utilisation de drogues injectables dans leur province respective. Le tableau 4 donne la distribution de ces participants selon la province et selon l'organisme ou le service pour lequel ils travaillaient.

Tableau 3. Échantillons provinciaux et taux de réponse

	Liste A		Liste B		Listes A et B
	N^bre de participants	N^bre de réponses	N^bre de participants	N^bre de réponses	N^bre total de réponses
N.-B.	12	8	36	20	**28 (58,3 %)**
N.-É.	16	11	32	19	**30 (62,5 %)**
Î.-P.-É.	2	1	19	8	**9 (42,9 %)**
T.-N.	2	1	20	9	**10 (45,5 %)**
Total	**32**	**21 (65,6 %)**	**107**	**56 (52,3 %)**	**77 (55,4 %)**

Tableau 4. Nombre de répondants interviewés

	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.
Liste A				
Programmes d'échange de seringues (PES)	1	3		
Organismes de lutte contre le sida – avec PES	1			1
Programmes d'extension des services	1	2		
Programmes de traitement de maintien à la méthadone	1	1		
Liste B				
Organismes de lutte contre le sida – sans PES			1	
Société de l'Hépatite C du Canada		1		
Établissements correctionnels (soins de santé des SCC)	1	1		
Application de la loi			1	1
Services de traitement des dépendances	1		1	1
Total	**6**	**8**	**3**	**3**

3.2 Expérience des répondants en rapport avec l'injection de drogues

3.2.1 Poste/rôle et objectif principal. Les figures 2 et 3 montrent les divers postes/rôles et objectifs principaux du travail ou de la participation des répondants en rapport avec l'injection de drogues. Le total dépasse 100 % puisque les participants devaient indiquer tous leurs principaux rôles et objectifs. Comme le montre la figure 2, environ un tiers des répondants (26/77) étaient des infirmiers et un quart (19/77) des membres d'un comité de réduction des méfaits (p. ex. traitement de maintien à la méthadone, échange de seringues). Plusieurs agents de police (13), directeurs/administrateurs de programme (11), travailleurs des programmes d'extension (11), conseillers en toxicomanie (9), médecins (9), et travailleurs sociaux (6) ont également participé. Dans la catégorie « autres », les répondants ont indiqué les postes suivants : aumônier, animateur socio-éducatif, consultant provincial en toxicomanie, surveillant de liberté conditionnelle, « activiste », et personne-ressource au niveau provincial pour le *HIV/AIDS Strategy Implementation Committee*. Plusieurs participants ont indiqué que leur rôle principal était associé au fait qu'ils avaient déjà utilisé ou qu'ils utilisaient encore des drogues injectables, et quelques-uns au fait qu'ils participaient à l'industrie du sexe.

Comme le montre la figure 3, l'objectif principal le plus souvent cité a été la prévention de maladies transmissibles (p. ex. VIH/sida, hépatite C), indiqué par plus de la moitié des participants. D'autres objectifs indiqués fréquemment, par environ 20 % à 30 % des participants, ont été : le soin et le soutien des UDI positifs pour le VIH ou pour l'hépatite C, l'éducation et la sensibilisation aux drogues (p. ex. écoles, groupes de jeunes), le dépistage du VIH et de l'hépatite C, l'éducation des UDI sur la réduction des méfaits, les programmes d'échange de seringues et de traitement de maintien à la méthadone. Les objectifs suivants : extension des services, application de la loi, traitement des dépendances/éducation (dans un établissement correctionnel), traitement des dépendances (patients externes), et désintoxication/traitement des dépendances en établissement, ont été cités par un nombre relativement peu élevé de participants (de 12 % à 17 %). Aucune des autres activités (c.-à-d. recherche sur l'utilisation de drogues injectables, groupes d'entraide pour toxicomanes) n'a été nommée comme objectif principal par plus de 10 % des participants.

3.2.2 Lieux du travail ou de la participation en rapport avec les UDI. La figure 4 montre les réponses à une question sur le genre de milieu dans lequel les participants exercent leur travail en rapport avec l'utilisation de drogues injectables. On voit que les lieux les plus souvent cités ont été un bureau gouvernemental et un organisme communautaire (respectivement 38 % et 35 %). Les participants ont précisé divers types de services gouvernementaux, entre autres : santé publique (17), toxicomanie/pharmacodépendance (10), Service correctionnel/Justice/Solliciteur général (4). Divers organismes communautaires étaient représentés par les répondants : organismes de lutte contre le sida (15), programmes d'extension des services (11), programmes d'échange de seringues (10) et organismes de lutte contre l'hépatite C (5). Trois personnes ont indiqué un autre type d'organisme communautaire (c.-à-d. la John Howard Society, un centre de santé communautaire et une aumônerie).

Bien que les bureaux gouvernementaux et les organismes communautaires aient été cités par un nombre relativement plus élevé de participants, une proportion importante d'entre eux ont déclaré travailler dans un établissement correctionnel (20 %), un service de police (17 %), ou un centre de désintoxication/réadaptation

pour personnes hospitalisées (12 %). Les autres milieux de travail ont été indiqués par moins de 10 % des répondants (voir la figure 4). Ceux qui ont choisi l'option « autre » ont précisé travailler « sur la rue » ou « au domicile des UDI ».

Figure 2

Figure 3

Figure 4

Tableau 5. Nombre d'années d'expérience en rapport avec l'injection de drogues	
Statistiques	**Nombre d'années**
Moyenne	**10,4**
Écart-type	**11,9**
Médiane	**10**
Minimum	**0,25**
Maximum	**> de 30**

3.2.3 Étendue de l'expérience de travail en rapport avec les UDI. Pour mieux comprendre l'étendue de l'expérience des participants en rapport avec l'injection de drogues, le questionnaire demandait de préciser depuis combien de temps les répondants exerçaient un travail dans ce domaine, d'estimer avec combien d'UDI ils avaient déjà travaillé personnellement, et d'indiquer sur quels sous-groupes d'UDI du Canada Atlantique portaient leurs connaissances et leur expérience. Ces données sont présentées au tableau 5, ainsi qu'aux figures 5 et 6.

Comme le montre le tableau 5, le nombre d'années d'expérience variait considérablement, allant de moins d'un an (trois mois) à plus de trente ans (M = 10,4; *é.-t.* = 11,9). La grande majorité des participants (91 %) ont indiqué avoir travaillé personnellement avec des UDI, mais le nombre de ceux-ci était extrêmement varié (voir la figure 5), les estimations allant de 2 à 2000 (*médiane* = 250).

Figure 5

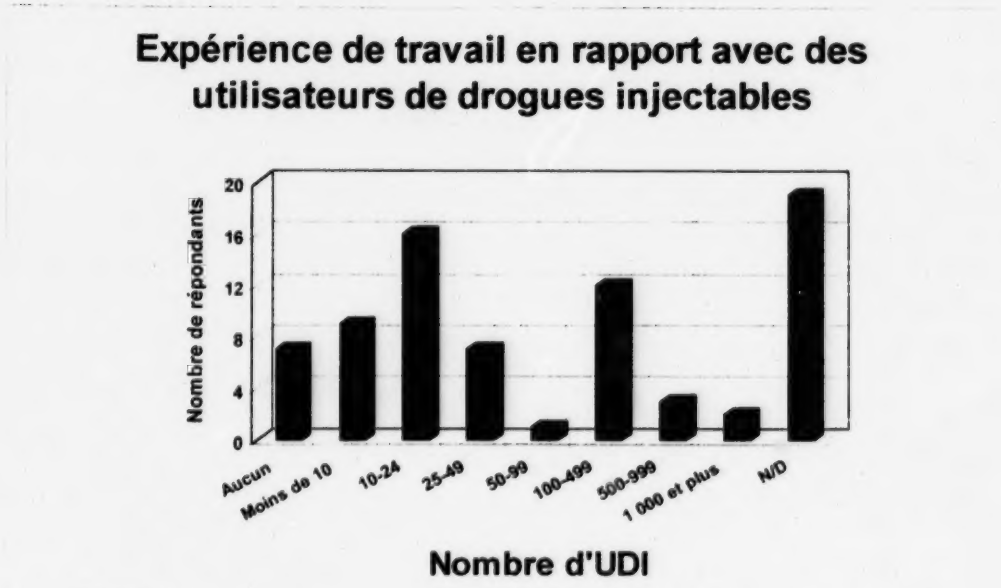
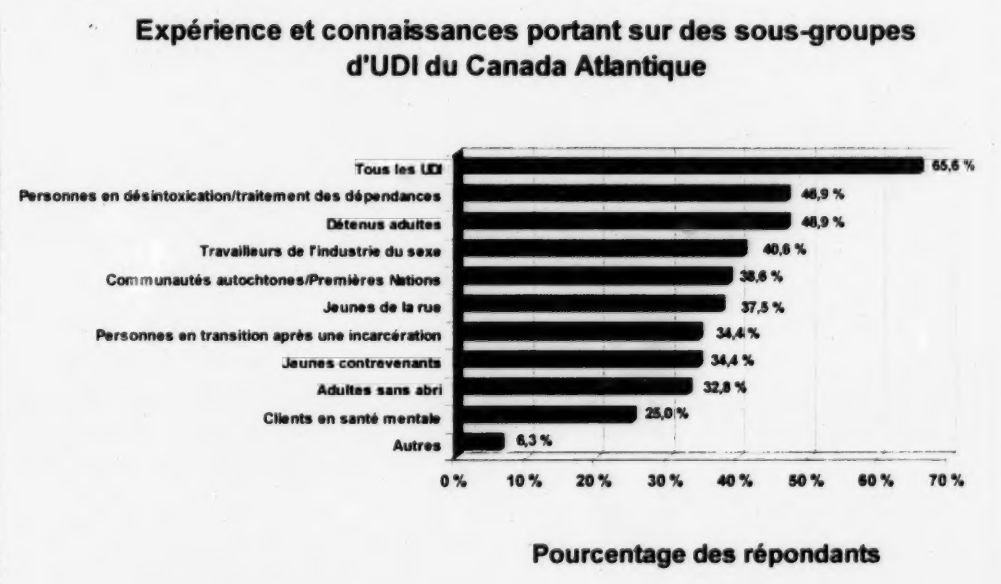


Figure 6



Les participants ont indiqué avoir des connaissances ou de l'expérience de travail portant sur divers sous-groupes d'utilisateurs de drogues injectables (voir la figure 6). Environ les deux tiers des participants (66 %) ont indiqué avoir des connaissances ou de l'expérience portant sur tous les UDI, et près de la moitié des participants ont également indiqué avoir des connaissances particulières ou de l'expérience portant sur des personnes en désintoxication/traitement des dépendances (47 %), et sur des détenus adultes (47 %). Une proportion importante des participants ont déclaré avoir des connaissances ou de l'expérience portant sur les sans-abri, les jeunes contrevenants, les personnes en transition après une incarcération, les jeunes de la rue, les communautés autochtones/Premières Nations, et les travailleurs de l'industrie du sexe (de 33 % à 41 %). Un quart des participants ont indiqué avoir des connaissances ou de l'expérience de travail avec des clients en santé mentale.

Les réponses des participants à une question ouverte sur leur genre de travail en rapport avec les UDI sont présentées textuellement au tableau 6, par thème (le nom de l'organisme est indiqué entre parenthèses). Comme on le voit, les participants des quatre provinces de l'Atlantique ont déclaré que leur travail portait surtout sur la prévention et le contrôle des maladies transmissibles (incluant l'éducation, les programmes de dépistage et de surveillance), le traitement des dépendances et la désintoxication, ainsi que l'application de la loi.

On peut aussi noter plusieurs divergences entre les provinces. Ainsi, une plus grande proportion des participants du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse ont dit mettre l'accent sur les mesures de réduction des méfaits, comme les programmes d'échange de seringues. Par contre, un seul participant de Terre-Neuve a indiqué offrir un service d'échange de seringues et à l'Île-du-Prince-Édouard personne n'offrait ce service. Le tableau 7 montre que ces chiffres correspondent bien au nombre réel d'organismes qui dispensent un tel service (c.-à-d. trois en Nouvelle-Écosse, deux au Nouveau-Brunswick, un à Terre-Neuve et aucun à l'Île-du-Prince-Édouard).

Ces données mettent également en évidence la plus grande disponibilité d'un traitement de maintien à la méthadone en Nouvelle-Écosse. Alors que quelques médecins du Nouveau-Brunswick ont dit dispenser de la méthadone à des détenus fédéraux (c.-à-d. à ceux qui en recevaient dans leur collectivité), personne n'a indiqué fournir un tel service à Terre-Neuve et à l'Île-du-Prince-Édouard (c.-à-d. qu'aucun des deux médecins connus pour dispenser de la méthadone dans ces provinces n'a répondu au questionnaire). En Nouvelle-Écosse, toutes les personnes qui reçoivent de la méthadone commencent leur traitement par une hospitalisation aux Central Region Drug Dependency Services. Environ une semaine plus tard, ces personnes quittent l'hôpital et elles sont alors suivies par les services externes pendant deux à trois mois; elles retournent ensuite dans leur propre collectivité. Bien qu'il soit possible d'obtenir une ordonnance de méthadone dans les autres provinces de l'Atlantique, il n'y a pas de programme de traitement officiel (voir le tableau 7). Notons toutefois que des comités de réduction des méfaits ont été mis sur pied dans les sept régions sanitaires du Nouveau-Brunswick au cours de la dernière année afin de déterminer le besoin de programmes d'échange de seringues et de traitement de maintien à la méthadone, et de planifier de tels programmes.

Tableau 6 : Description du travail des répondants en rapport avec les UDI

Nouveau-Brunswick

Mesures de réduction des méfaits (y compris la planification et la mise en application de programmes d'échange de seringues)

Nous avons un programme d'échange de seringues – nous donnons une seringue propre pour chaque seringue usagée. (Nous donnons également des seringues propres, même sans échange.) AIDS Saint John, Saint-Jean (N.-B.)

Participation au programme Partners in Harm Reduction (un PES) et à une équipe de mise sur pied d'un programme de traitement de maintien à la méthadone. Faculty of Nursing, Université du Nouveau-Brunswick, Fredericton (N.-B.)

Nous travaillons du point de vue de la réduction des méfaits; nous offrons des seringues propres et nous distribuons gratuitement des condoms. AIDS Saint John, Saint-Jean (N.-B.)

Distribution de matériel pour des pratiques sexuelles à risques réduits, distribution de seringues propres, soutien aux clients accusés au criminel. Distribution de vêtements, de nourriture et offre d'abri. Nous offrons un autre choix à ceux qui pourraient décider de changer de style de vie. Travailleur d'un programme d'extension des services, Saint-Jean (N.-B.)

Promotion de la réduction des méfaits. Ministère de la Santé et du Mieux-être, Fredericton (N.-B.)

Coordination d'un comité d'organisation communautaire pour évaluer les besoins de la collectivité en vue d'élaborer des programmes communautaires dans le domaine de la prévention/injection de drogues. SIDA AIDS Moncton, Moncton (N.-B.)

Réduction des méfaits, counselling et prévention des maladies (VHC). Société de l'Hépatite C du Canada, section de Moncton, Moncton (N.-B.)

Je suis membre d'un comité dont le mandat est de déterminer si notre collectivité a besoin ou non d'un programme d'échange de seringues ou d'un programme de traitement de maintien à la méthadone. Services de traitement des dépendances, Campbellton (N.-B.)

Participation au comité de la direction du programme « SOOP » (Street Outreach Options Program) – un organisme de quartier pour la réduction des méfaits. En tant qu'agent de police responsable des crimes de rue, deux de mes principales responsabilités sont la drogue et la prostitution. GRC, Street Crime Unit, Saint-Jean (N.-B.)

Prévention/contrôle des maladies transmissibles (y compris les programmes d'éducation, de dépistage et de surveillance)

Contrôle des maladies transmissibles. Services de santé publique, Miramichi (N.-B.)

Sensibilisation générale sur les risques, la prévention et le dépistage. John Howard Society, Moncton (N.-B.)

Counselling pré et post test VIH; enseignement au niveau de la 5e année sur le sida, comprenant information sur les drogues injectables – méthodes préventives. Si un client est un UDI – conseils donnés pour réduire le risque dû à sa consommation. Services de santé publique, Edmundston (N.-B.) [Texte original]

Éducation (sensibilisation) dans le cadre d'une clinique de médecine familiale. Médecin, Grand-Sault (N.-B.) [Texte original]

Je rencontre les UDI dont le résultat est positif pour le VIH ou pour l'hépatite C. Services de santé publique, Saint-Jean (N.-B.)

Counselling avant et après un test de dépistage de diverses maladies transmissibles. Services de santé publique, Fredericton (N.-B.)

Prévention et dépistage. Services de santé publique, Saint-Jean (N.-B.)

Test de dépistage anonyme du VIH; pratiques sexuelles à risques réduits/prévention des MTS, y compris le sida, l'hépatite B et l'hépatite C, au moyen de séances d'éducation. Services de santé publique, Moncton (N.-B.)

Éducation/traitement des dépendances (détenus/ex-détenus)

Soins médicaux généraux des détenus. Surveillance et traitement de l'hépatite C et du VIH. Traitement de maintien à la méthadone. Établissement Westmorland, Dorchester (N.-B.)

Je travaille comme infirmière pour le SCC – Sensibilisation aux drogues, prévention des maladies transmissibles, traitement des personnes infectées à la suite de l'utilisation de drogues injectables. Pénitencier de Dorchester, Dorchester (N.-B.)

Mise en application de mesures de réduction des méfaits à l'échelle régionale. Services de soins de santé, SCC de la région Atlantique, Moncton (N.-B.)

Traitement des complications: dépistage des maladies infectieuses; traitement de maintien à la méthadone. Pénitencier de Dorchester et Centre de désintoxication de Moncton, Dorchester et Moncton (N.-B.)

Je travaille avec des contrevenants et des anciens contrevenants. Programmes sur la consommation d'alcool et de drogues, counselling, etc., auprès d'hommes et de femmes. Saint John Community Chaplaincy, Saint-Jean (N.-B.)

Centre de traitement des dépendances/désintoxication (patients hospitalisés et externes)

Désintoxication/traitement des dépendances – counseiling en toxicomanie. Centre de traitement et de réadaptation Ridgewood, Saint-Jean (N.-B.)

Désintoxication – cure de désintoxication. Centre de désintoxication de Moncton, Moncton (N.-B.)

Application de la loi

Interrogation des informateurs confidentiels, interrogation des suspects. Section anti-drogue de la GRC, Bathurst (N.-B.)

Arrestation d'utilisateurs de drogues au cours d'une enquête (mandats de perquisition). GRC, Fredericton (N.-B.)

Divers

Je participe à un programme d'échange de seringues, à la prévention des maladies transmissibles, au soin et au soutien des UDI positifs pour le VIH ou pour l'hépatite C. SIDA Nouveau-Brunswick, Fredericton (N.-B.)

Planification communautaire, élaboration de politiques. Services de traitement des dépendances, Fredericton (N.-B.)

Nouvelle-Écosse

Mesures de réduction des méfaits (y compris les programmes d'échange de seringues)

Programme d'échange de seringues. Mainline Needle Exchange, Halifax (N.-É.)

Nous fournissons des seringues propres dans la soirée et nous diffusons des renseignements à la collectivité en accordant les ressources appropriées aux besoins. Cape Breton Chapter of the Hepatitis C Society of Canada, Sydney (N.-É.)

Services d'échange de seringues et tout le travail d'orientation et de défense des droits qui va de pair avec ces services. Mainline Needle Exchange, Halifax (N.-É.)

Extension des services/réduction des méfaits auprès des travailleurs de l'industrie du sexe. Stepping Stone, Halifax (N.-É.)

Prévention/contrôle des maladies transmissibles (y compris les programmes d'éducation, de dépistage et de surveillance)

Suivi pour les pathogènes transmissibles par le sang; counselling/éducation sur les pathogènes transmissibles par le sang; co-présidence du comité sur les pathogènes transmissibles par le sang. Public Health Services, Sydney (N.-É.)

J'ai accès aux UDI à cause des diagnostics de maladies à déclaratoire obligatoire (rapports de laboratoire). Dans le cadre du réseau de surveillance de la Nouvelle-Écosse, les personnes atteintes d'une maladie transmissible sont interrogées; on fait une évaluation des risques et de l'éducation, et on les oriente vers d'autres services au besoin. Public Health Services, Amherst (N.-É.)

Je coordonne la lutte contre les maladies transmissibles – Je planifie et je mets en oeuvre des programmes d'éducation et de counselling en matière de prévention de la transmission des pathogènes transmissibles par le sang – J'offre un programme d'immunisation à l'intention des UDI. Public Health Services, Dartmouth (N.-É.)

Prévention/éducation concernant la propagation du VIH. Groupe de travail des Premières Nations de l'Atlantique sur le sida, Halifax (N.-É.)

Surveillance et suivi pour les personnes positives pour l'hépatite B et C. Public Health Services, Bridgewater (N.-É.)

Surveillance. Public Health Services, Wolfville (N.-É.)

Le seul contact avec des UDI a lieu lors du suivi pour les personnes positives pour l'hépatite B et C et pour le VIH. Public Health Services, Yarmouth (N.-É.)

Centre de traitement des dépendances/désintoxication (patients hospitalisés et externes)

Désintoxication et éducation sur les maladies causées par la consommation de drogues, et réduction des méfaits au moyen de l'éducation sur l'utilisation de seringues propres, etc. Addiction Services, Pictou (N.-É.)

Je suis médecin de l'unité de désintoxication et du programme de traitement de maintien à la méthadone. Central Region Drug Dependency Services, Dartmouth (N.-É.)

Services de médecine familiale; traitement de maintien à la méthadone. Médecin, Halifax (N.-É.)

Soins individualisés (soutien, counselling, traitement); développement d'un programme de traitement de maintien à la méthadone; comité de la santé publique sur les UDI et sur les pathogènes transmissibles par le sang. North End Community Health Centre, Halifax (N.-É.)

Traitement de maintien à la méthadone. Médecin, Halifax (N.-É.)

Désintoxication, éducation sur les dépendances, réduction des méfaits, orientation et counselling. Addiction Services, Sydney (N.-É.)

Éducation/traitement pour toxicomanie (détenus et ex-détenus)

Je vois environ 100 détenus (fédéraux) par année et je donne des services d'éducation et de traitement des dépendances. De plus, au cours des épidémies, je dispense des services de dépistage non nominatif, d'éducation, d'évaluation des risques, d'orientation, etc., y compris du counselling avant et après les tests de dépistage. Je travaille également en collaboration avec Mainline Needle Exchange à qui je donne des services de soutien. Je visite la prison provinciale pour dispenser les mêmes services et je prévois collaborer avec le programme Addictions Detox Program pour faire de l'éducation sur la lutte contre les maladies transmissibles. Public Health Services, Amherst (N.-É.)

Prestation de services de santé aux personnes incarcérées, y compris aux UDI : analyse sanguine, éducation, etc. Halifax Correctional Centre, Halifax (N.-É.)

Un grand nombre de nos clients sont des utilisateurs de drogues. Certains ont l'hépatite C. John Howard Society, Halifax (N.-É.)

Participation à l'éducation sur les comportements à risque et sur la réduction des méfaits – dépistage du VIH et de l'hépatite C – vaccination contre l'hépatite A et B – traitement de maintien à la méthadone – soutien et traitement des personnes positives pour le VIH et pour l'hépatite C. Établissement de Springhill, Springhill (N.-É.)

Diagnostic/traitement des détenus fédéraux atteints du VIH et de l'hépatite C. Programme de maintien à la méthadone. Établissement de Springhill, Springhill (N.-É.)

Application de la loi

Travail avec des prostitués de la rue et avec des UDI. Initiative intégrée de contrôle des produits de la criminalité, GRC, Halifax (N.-É.)

Mon travail avec des UDI découle des arrestations et des présentations visant l'éducation sur les drogues. GRC, Yarmouth (N.-É.)

J'enquête sur l'utilisation illégale du Dilaudid (hydromorphine). GRC, Stellarton (N.-É.)

J'enquête sur les vendeurs de drogues et j'en ai arrêté quelques-uns qui utilisaient des seringues. Halifax Regional Police, Halifax (N.-É.)

Programme de sensibilisation aux drogues [p. ex. Les drogues en milieu de travail; *D.A.R.E (*Drug Abuse Resistance Education*) (école élémentaire);* Dans les deux sens: les parents, les enfants et les drogues; La course contre la drogue; *etc.]* Programme de sensibilisation aux dangers de la drogue de la GRC, Halifax (N.-É.*)*

Île-du-Prince-Édouard

Prévention/contrôle des maladies transmissibles (y compris les programmes d'éducation, de dépistage et de surveillance)

Éducation. Prévention, et éducation des élèves de la collectivité sur la prévention du VIH/sida, des maladies transmissibles, de l'hépatite, etc. Public Health Services, O'Leary (Î.-P.-É.)

Centre de traitement des dépendances/désintoxication (patients hospitalisés et externes)

Désintoxication des patients hospitalisés et externes. Addiction Services, Charlottetown (Î.-P.-É.)

Application de la loi

J'enquête sur les personnes impliquées dans le trafic des narcotiques. GRC, Charlottetown (Î.-P.-É.)

Drogues de la rue. Summerside Police Services, Summerside (Î.-P.-É.)

Divers

Je suis membre du Comité consultatif f/p/t sur le VIH/sida (élaboration des politiques). Je préside le comité provincial HIV/AIDS Strategy Implementation Committee. Department of Health and Social Services, Charlottetown (Î.-P.-É.)

Mon rôle évolue. Dans le passé, j'animais des programmes pour les parents et les adolescents sur des sujets concernant la consommation abusive d'alcool et des autres drogues. Je faisais également des présentations dans les écoles. Avec l'instauration des services de traitement des dépendances et de AIDS PEI, je ne fais plus ce travail, sauf pour répondre à l'occasion à des demandes de renseignements par téléphone. Public Health Services, Charlottetown (Î.-P.-É.)

Terre-Neuve

Mesures de réduction des méfaits (y compris les programmes d'échange de seringues)

Échange de seringues dans le cadre du AIDS Committee. Newfoundland and Labrador AIDS Committee, St. John's (T.-N.)

Prévention/contrôle des maladies transmissibles (programmes d'éducation, de dépistage et de surveillance)

Principalement counselling et dépistage pour le VIH et l'hépatite C, et counselling/réduction des méfaits en ce qui concerne le partage des seringues et les pratiques sexuelles à risques réduits. Health and Community Services, St. John's (T.-N.)

Principalement des mesures de prévention, éducation des UDI, counselling avant et après le dépistage. Pleasantville Youth Centre, St. John's (T.-N.)

Principalement éducation et prévention. Addictions Services, Gander (T.-N.)

Prévention et surveillance des maladies transmissibles au niveau provincial. Department of Health and Community Services, St. John's (T.-N.)

Centre de traitement des dépendances/désintoxication (patients hospitalisés et externes)

Désintoxication, intervention précoce, gestion des programmes. Addiction Services, St. John's (T.-N.)

Application de la loi

Application de la loi – héroïne – injection de cocaïne. GRC, St. John's (T.-N.)

Divers

Présentement, conseiller provincial (2 ans); auparavant, travail en clinique (désintoxication, counselling – 16 ans). Health and Community Services, St. John's (T.-N.)

[Traduction libre, sauf indication contraire]

Tableau 5 : Services liés à l'injection de drogues dans diverses collectivités de la région de l'Atlantique

	N.-B.*	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.
Programmes d'échange de seringues (PES)	Fredericton	Halifax Sydney Amherst	--	--
Organismes de lutte contre le sida				
- Avec PES	Saint-Jean Fredericton	--	--	St. John's
- Sans PES	Moncton	Halifax (2) Sydney	Charlottetown	--
Société de l'Hépatite C du Canada (sections)	Moncton Fredericton	Sydney	--	Summerford
Traitement de maintien à la méthadone (TMM)**	Aucun TMM. Une ordonnance peut être obtenue auprès d'un médecin dans certaines collectivités (p. ex. Moncton et Saint-Jean, mais non Fredericton)	Un TMM est disponible dans certaines collectivités après un traitement comme patient hospitalisé et un suivi comme patient externe par les Central Region's Drug Dependency Services (Dartmouth)	Aucun TMM. Un médecin est connu pour prescrire de la méthadone.	Aucun TMM. Un ou deux médecins sont connus pour prescrire de la méthadone.
Services de traitement des dépendances				
Programmes de traitement des dépendances pour patients externes dans toutes les régions sanitaires	Oui	Oui	Oui (09/2000)	Oui
Désintoxication pour patients hospitalisés dans toutes les régions sanitaires	Oui	Oui	Un établissement provincial (Mount Herbert) remplace trois établissements régionaux (09/2000)	Un établissement provincial (St. John's)
Programme provincial de longue durée de désintoxication et de réadaptation des patients hospitalisés, dans toutes les régions sanitaires	Deux régions – Région 2 (Saint-Jean) et région 5 (Campbellton)	Trois régions – centre (Dartmouth), est (Antigonish, Sydney), ouest (Kentville)	Un établissement provincial (Mount Herbert) remplace trois établissements régionaux (09/2000)	Un établissement provincial (Corner Brook)

* *Au Nouveau-Brunswick, des comités de réduction des méfaits ont été mis sur pied dans les sept régions sanitaires afin de déterminer la nécessité des programmes d'échange de seringues et de traitement de maintien à la méthadone, et de planifier de tels programmes.*

** *Actuellement, aucune province Atlantique n'offre de programme communautaire de traitement de maintien à la méthadone qui soit moins exigeant.*

3.3 Renseignements sur l'utilisation et l'injection de drogues

3.3.1 Drogues injectées. Plusieurs questions de l'enquête écrite et de l'interview étaient conçues de façon à déterminer si les répondants connaissaient les divers types de drogues consommées dans leur collectivité. Comme le montre la figure 7, les participants ont indiqué diverses drogues injectées par les UDI du Canada Atlantique. Toutefois, les opiacés (82,2 %) et la cocaïne/crack (76,7 %) ont été les deux types de drogues cités le plus souvent, et de loin, dans toute la région. Alors que les amphétamines et les stimulants autres que la cocaïne d'une part, et les stéroïdes d'autre part, ont été indiqués respectivement par plus d'un quart et plus d'un tiers des participants, les hallucinogènes, les sédatifs/hypnotiques/tranquillisants et les médicaments antidouleur non opiacés ont été nommés par moins de 15 %.

Le tableau 8 présente les données se rapportant à l'injection de certains types de drogues regroupées par catégories (p. ex. opiacés, amphétamines et stimulants, hallucinogènes). Il donne le nombre total de participants dans la région ainsi que dans chaque province. Selon les trois quarts des répondants, le Dilaudid, l'opiacé indiqué le plus souvent dans l'ensemble de la région, était utilisé dans leur collectivité. L'héroïne (47 %), la morphine (34 %), et le Demerol (27 %) ont également été cités assez souvent alors que les autres types d'opiacés ont été indiqués par moins d'un quart des participants. Plusieurs répondants ont signalé l'utilisation d'opiacés non mentionnés dans la liste [MS Contin (5), Percocet (1) et Percodan (1)]. Étant donné la taille relativement réduite des échantillons provinciaux, les pourcentages doivent être interprétés avec prudence (du point de vue statistique, on ne peut présumer une différence significative entre les provinces). Néanmoins, les données indiquent bien la prédominance des opiacés et de la cocaïne/crack dans toutes les provinces Atlantiques.

Figure 7

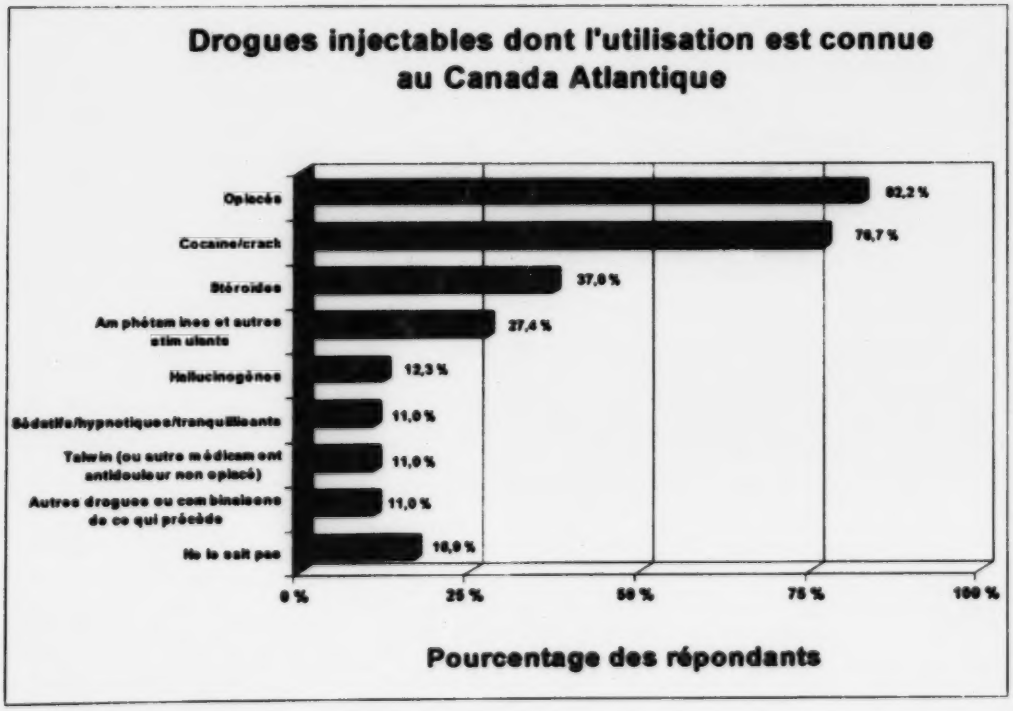


Tableau 8. Drogues injectables dont l'utilisation est connue des répondants

	Nbre de répondants (pourcentage par catégorie de drogues et total)				
Drogue	**N.-B. (/ 28)**	**N.-É. (/ 27)**	**Î.-P.-A. (/ 8)**	**T.-N. (/ 10)**	**Total (/ 73)**
Opiacés	**25 (89 %)**	**24 (89 %)**	**5 (63 %)**	**6 (60 %)**	**60 (82 %)**
Dilaudid	23	23	5	4	**55 (75 %)**
Héroïne	14	12	2	6	**34 (47 %)**
Morphine	9	12	3	1	**25 (34 %)**
Demerol	6	8	3	3	**20 (27 %)**
Codéine	5	8	3	1	**15 (21 %)**
Autres opiacés	1	5	1	--	**7 (10 %)**
Méthadone	2	4	--	--	**6 (8 %)**
Cocaïne/crack	**22 (79 %)**	**22 (82 %)**	**5 (63 %)**	**6 (60 %)**	**56 (77 %)**
Stéroïdes	**9 (32 %)**	**9 (33 %)**	**4 (50 %)**	**5 (50 %)**	**27 (37 %)**
Amphétamines et stimulants autres que la cocaïne	**5 (18 %)**	**8 (30 %)**	**3 (38 %)**	**4 (40 %)**	**20 (27 %)**
Ritalin	3	4	2	4	**13 (18 %)**
Speed	4	3	1	2	**10 (14 %)**
Amphétamine	--	5	1	--	**6 (8 %)**
Dexédrine	--	2	1	--	**3 (4 %)**
Autres amphétamines/stimulants	--	--	--	--	--
Hallucinogènes	**6 (21 %)**	**1 (4 %)**	--	**2 (20 %)**	**9 (12 %)**
LSD	2	1	--	2	**5 (7 %)**
Mescaline	2	--	--	--	**2 (3 %)**
PCP	1	--	--	1	**2 (3 %)**
Autres hallucinogènes	1	--	--	--	**1 (1 %)**
DMT	--	--	--	--	--
Talwin	**2 (7 %)**	**2 (7 %)**	**4 (50 %)**	--	**8 (11 %)**
Utilisé seul	--	1	--	--	**1 (1 %)**
Combiné avec le Ritalin	2	2	4	--	**8 (11 %)**
Sédatifs/hypnotiques/tranquillisants	**2 (7 %)**	**5 (19 %)**	**1 (13 %)**	**1 (10 %)**	**8 (11 %)**
Autres drogues ou combinaisons	**1 (4 %)**	**5 (19 %)**	---	**1 (10 %)**	**8 (11 %)**
Ne le sait pas	**3 (11 %)**	**3 (11 %)**	**3 (38 %)**	**4 (40 %)**	**13 (18 %)**

3.3.2 Drogues préférées. On a demandé aux participants de nommer les drogues préférées des UDI de leur collectivité. La figure 8 montre que la grande majorité des participants a indiqué le Dilaudid (53 %) ou la cocaïne/crack (45 %) comme étant le premier choix des UDI. La plupart des répondants qui avaient indiqué le Dilaudid comme premier choix ont dit que la cocaïne/crack était le deuxième choix et vice versa. Le MS Contin a été indiqué comme deuxième choix par 15 % des participants.

Au lieu d'utiliser un opiacé ou de la cocaïne/crack, il semble qu'un grand nombre d'UDI du Canada Atlantique consomment une combinaison de ces deux types de drogues. Comme l'a mentionné un participant, la plupart des UDI consomment plusieurs types de drogues et « *Le concept de "drogue préférée" est en train de devenir flou. La majorité des UDI utilisent régulièrement plus d'une drogue.* » [Traduction libre] Selon plusieurs répondants, il est relativement fréquent pour les UDI d'être dépendants à la fois des opiacés et de la cocaïne.

opiacés et de la cocaïne. Ces drogues sont combinées pour faire ce qu'on appelle des « speedballs » et elles sont utilisées par un grand nombre de toxicomanes pour « équilibrer » l'expérience. Plusieurs participants de la Nouvelle-Écosse ont également souligné le fait qu'un grand nombre de consommateurs de Dilaudid par injection fument aussi du crack et ils ont ajouté que les UDI risquent ainsi de perdre les bénéfices des programmes de traitement de maintien à la méthadone ou d'en être exclus (c.-à-d. qu'un grand nombre d'UDI continuent à fumer du crack pendant le traitement pour la dépendance aux opiacés). Plusieurs de ces participants ont souligné le besoin d'un *programme communautaire de traitement de maintien à la méthadone moins exigeant*, en faisant remarquer qu'un grand nombre d'UDI ne réussissent pas à suivre le protocole rigide du traitement traditionnel de maintien à la méthadone fondé sur l'abstinence. Le modèle moins exigeant met l'accent sur la réduction des méfaits plutôt que sur l'abstinence. Il n'insiste pas sur la réadaptation ni sur l'abstinence de toutes les drogues sans ordonnance et l'UDI n'est pas expulsé du programme en cas de rechute.

Le tableau 9 donne les drogues considérées le plus souvent comme étant les drogues préférées des UDI dans chacune des quatre provinces Atlantiques. Au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse, le Dilaudid a été cité le plus souvent comme le premier choix, alors qu'à l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve, c'était la cocaïne/crack. Un seul participant de Terre-Neuve a indiqué le Dilaudid comme un des deux premiers choix. Il est possible que cette différence soit due à l'adoption récente par Terre-Neuve de mesures importantes de contrôle des ordonnances d'opiacés et de réduction de la fréquence de l'« obtention d'ordonnances multiples » (c.-à-d. le fait pour une personne d'obtenir un médicament sur ordonnance de plus d'un médecin). Avant la mise en place du *Prescription Monitoring Program*, des rapports signalaient que certaines personnes consultaient au moins six médecins et qu'elles avaient « les poches pleines de drogues » (dont la plupart aboutissaient dans la rue). Alors que le problème de l'obtention d'ordonnances multiples semble avoir été considérablement réduit à Terre-Neuve, les répondants ont noté une hausse récente du nombre de vols dans les pharmacies, ce qui montre que l'utilisation illégale des opiacés d'ordonnance n'a pas été éliminée.

La question de l'obtention d'ordonnances multiples et de l'ordonnance excessive de certains opiacés a généralement été citée comme un sujet de préoccupation par d'autres répondants, en particulier par ceux du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse. Quelques participants de la Nouvelle-Écosse ont également attribué la grande disponibilité du Dilaudid au manque de programmes de traitement de maintien à la méthadone.

> *« Le Dilaudid est prescrit de façon libérale par certains médecins et il est facile de l'obtenir partout dans la province. »* (Dartmouth)
>
> *« Les médicaments d'ordonnance comme le Dilaudid sont de plus en plus populaires et ils sont accessibles à un plus grand nombre de personnes. La façon la plus facile d'obtenir du Dilaudid consiste à demander une ordonnance à un médecin. »* (Fredericton)
>
> *« Quand on ne peut pas être accepté dans un programme de traitement de maintien à la méthadone à Halifax à cause de la longue liste d'attente, on peut demander du Dilaudid en attendant. Certaines personnes font croire qu'elles veulent participer à un programme de traitement de maintien à la méthadone afin d'obtenir du Dilaudid, d'en vendre et de s'en injecter. »* (Sydney) [Traduction libre]

Figure 8

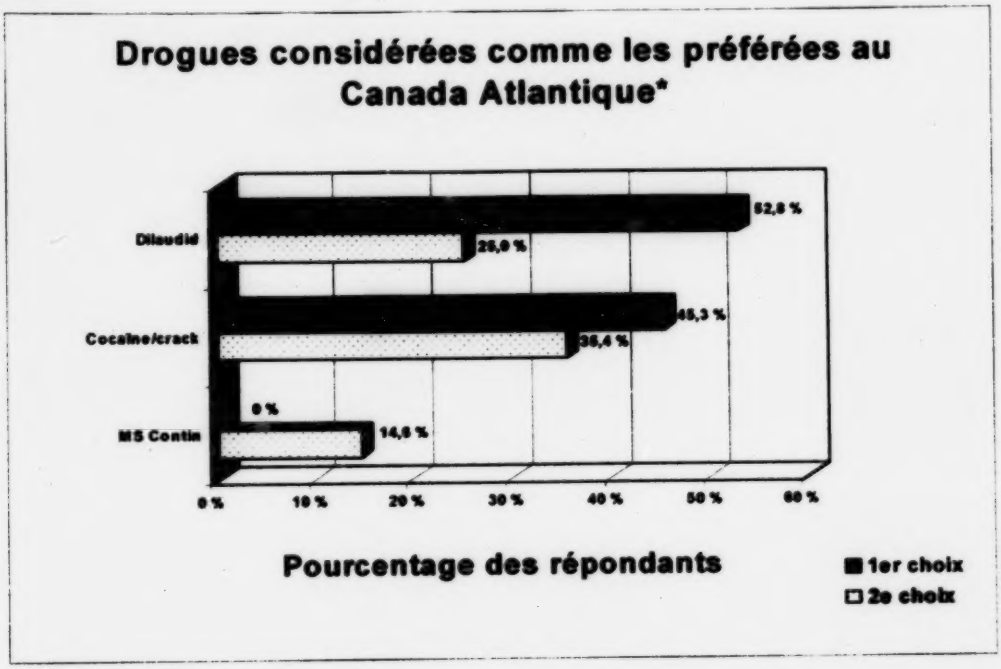


Tableau 9 : Drogues préférées des UDI selon les répondants

	Nombre de participants par province*							
	N.-B. (/20)		N.-É. (/24)		Î.-P.-É. (/5)		T.-N. (/5)	
	1er	2e	1er	2e	1er	2e	1er	2e
Dilaudid	12	5	14	5	–	2	1	–
Cocaïne/crack	8	9	10	7	5	–	3	1
MS Contin	–	2	–	5	–	–	–	–
Héroïne	–	–	–	3	–	–	1	–

* *Les drogues citées par moins de 10 % des participants d'une province ne sont pas indiquées.*

3.3.3 Tendances ou modes concernant les drogues utilisées ou préférées. Une analyse des données obtenues lors des interviews met en évidence plusieurs autres tendances ou modes en rapport avec les drogues préférées des UDI du Canada Atlantique.

Le choix des drogues dépend fortement de leur disponibilité et de leur accessibilité (p. ex. le Dilaudid est facile à obtenir et il coûte moins cher que certains autres opiacés). Ainsi, à Fredericton et à Saint-Jean le Dilaudid peut être acheté sur la rue pour environ 15 $ à 20 $ la dose, alors que l'héroïne coûte environ 40 $ la dose. À Halifax, une dose de Dilaudid se vend actuellement entre 5 $ à 10 $ alors qu'au début des années 1990 la même quantité coûtait environ 45 $. Le Dilaudid est également facile à obtenir au Cap-Breton et dans la région nord de la Nouvelle-Écosse (p. ex. à Pictou, à Stellarton et à New Glasgow) où il coûte environ 10 $.

L'héroïne est utilisée relativement souvent dans un grand nombre d'endroits de la région de l'Atlantique, mais il semble qu'elle soit moins souvent choisie par les UDI que les narcotiques d'ordonnance à cause de problèmes de qualité. Ainsi, une ancienne utilisatrice d'opiacés a déclaré préférer le Dilaudid ou le MS Contin à l'héroïne parce que avec le Dilaudid ou le Contin, tu es sûr d'être "high", tandis qu'avec l'héroïne, tu n'es jamais sûr de la façon dont la drogue a été coupée .

La tolérance au Dilaudid augmente rapidement chez les utilisateurs. Par exemple, un travailleur d'un programme d'extension des services dans la région de Halifax a noté que ce n'est pas long avant qu'un consommateur de Dilaudid ait besoin de 10 à 15 pilules par jour simplement pour éviter de se sentir mal. Plusieurs participants ont révélé qu'il n'est pas rare que des consommateurs de Dilaudid s'inscrivent à un programme de désintoxication simplement pour réduire leurs besoins de drogue afin de pouvoir retourner sur la rue sans être obligés de se droguer aussi souvent.

Un grand nombre d'UDI dont la drogue préférée est la cocaïne/crack commencent par renifler ou fumer la drogue. Cependant, après avoir essayé l'injection, il leur est très difficile de retourner aux autres modes de consommation. L'injection, avec le rush immédiat qu'elle procure, devient leur méthode préférée. Il semble également y avoir une hiérarchie précise parmi les utilisateurs de cocaïne/crack en ce sens que ceux qui fument ou reniflent la drogue ne sont pas perçus comme étant des grands camés comme ceux qui se l'injectent. Certaines fumeries de crack de la région de l'Atlantique vont jusqu'à refuser l'entrée à une personne qui consomme la cocaïne/crack par injection.

La grande majorité des répondants interviewés ont fait des observations sur la hausse des crimes violents (p. ex. vols à main armée) associés à la consommation de cocaïne/crack. Un grand nombre d'entre eux ont noté que le comportement des consommateurs d'opiacés était beaucoup plus prévisible et qu'il risquait beaucoup moins d'être violent que celui des consommateurs de cocaïne/crack.

La majorité des participants de Terre-Neuve ont indiqué que l'utilisation de drogues injectables semble être beaucoup moins fréquente que la consommation d'alcool, l'utilisation de cannabis et la consommation orale de médicaments d'ordonnance. Ils ont toutefois souligné que la plus grande partie de ces renseignements étaient anecdotiques et que, pour vraiment connaître l'étendue du problème, il faudrait obtenir des données sur la fréquence.

La consommation excessive d'alcool semble aller de pair avec l'injection de médicaments d'ordonnance, en particulier dans les régions rurales où, comme l'a noté un répondant, un grand nombre d'UDI ont déclaré avoir été enivrés la première fois qu'ils ont utilisé une drogue injectable.

3.3.4 Lieux d'injection des drogues. On a demandé aux participants d'indiquer ce qu'ils savaient des divers lieux d'injection de drogues dans leur collectivité. On leur a soumis une liste de neuf lieux possibles, ainsi que l'option autre lieu . On leur a demandé d'indiquer si, à leur connaissance, chacun de ces endroits servait à l'injection de drogues. Afin de réduire la possibilité des conjectures, on a ajouté l'option Je ne le sais pas . Le tableau 10 montre le pourcentage des réponses pour chacun des lieux dans l'ensemble de la région et la répartition provinciale. Notons que ces chiffres sous-estiment probablement l'importance de certains lieux d'injection de drogues étant donné que les pourcentages ont été calculés d'après le nombre total de participants, incluant ceux qui ont répondu qu'ils ne le savaient pas.

Un certain nombre de lieux ont été indiqués par la majorité des participants, les plus fréquents étant les fumeries de crack, les établissements correctionnels, « la rue » (p. ex. ruelles, cafés-restaurants, toilettes), et les fêtes privées (de 62 % à 75 %). Un certain nombre d'autres lieux (c.-à-d. les bars/brasseries/clubs, les piqueries et d'« autres » lieux) ont également été indiqués par une proportion importante des participants (de 27 % à 47 %) dans toute la région de l'Atlantique. La grande majorité des répondants qui ont indiqué un « autre lieu » ont mentionné le domicile même de l'utilisateur. Les données montrent également que l'utilisation de drogues injectables se produit dans au moins quelques-uns des établissements d'enseignement de la région de l'Atlantique (collèges communautaires/universités et écoles publiques) et dans les centres de traitement des dépendances, bien que ces lieux soient cités moins fréquemment.

L'examen des lieux d'injection de drogues par province montre certaines similitudes et certaines différences (voir le tableau 10). En ce qui concerne les similitudes, les fêtes privées et « la rue » ont été indiquées par la majorité des participants de toutes les provinces Atlantiques. Quelques différences doivent également être notées. Premièrement, contrairement aux répondants du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse, aucun répondant de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve ne connaissait de piquerie dans sa collectivité. Deuxièmement, alors que la majorité des participants de la Nouvelle-Écosse et du Nouveau-Brunswick savaient que l'injection de drogues se produisait dans les fumeries de crack, seulement deux personnes de l'Île-du-Prince-Édouard et une de Terre-Neuve étaient au courant. Par contre les bars/brasseries/clubs ont été cités comme lieux d'injection par un pourcentage relativement plus élevé de participants de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve. Bien que les établissements correctionnels aient été nommés plus souvent par les participants du Nouveau-Brunswick (80 %), il faut noter qu'une plus grande proportion d'entre eux travaillaient dans un tel établissement et qu'ils ont bel et bien répondu à cette question alors que d'autres ont choisi l'option « Je ne le sais pas ». Il est également important de mentionner l'absence d'établissement correctionnel fédéral à l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve et le fait qu'un seul répondant (de Terre-Neuve) ait déclaré avoir de l'expérience dans une prison provinciale.

Tableau 10. Lieux d'injection de drogues connus des répondants dans leur collectivité

	Nombre de participants qui connaissaient chaque lieu*				
	N.-B.	**N.-É.**	**Î.-P.-É.**	**T.-N.**	**Total**
Fêtes privées	19/25	17/24	6/6	7/10	**49/65 (75 %)**
Rues	20/25	18/25	5/6	6/10	**49/66 (74 %)**
Établissements correctionnels	20/25	15/26	2/5	3/8	**40/64 (63 %)**
Fumeries de crack	19/25	17/26	2/5	1/7	**39/63 (62 %)**
Bars/brasseries/clubs	9/23	11/24	4/6	5/9	**29/62 (47 %)**
Piqueries	10/23	8/25	--	--	**18/61 (30 %)**
Autres lieux**	6/25	9/26	2/6	2/10	**19/67 (28 %)**
Collèges communautaires/universités	6/21	2/23	2/5	2/8	**12/57 (21 %)**
Écoles publiques	7/22	2/23	1/5	1/8	**11/58 (19 %)**
Centres de désintoxication/traitement des dépendances	3/21	4/23	1/5	1/8	**9/57 (16 %)**

** Le dénominateur indique le nombre de participants qui ont répondu à la question.*

*** Autres lieux = domicile de l'utilisateur (13); toilettes publiques (2); party rave (1); établissements sportifs pour l'injection de stéroïdes (1); cellules (1); n'importe où (1).*

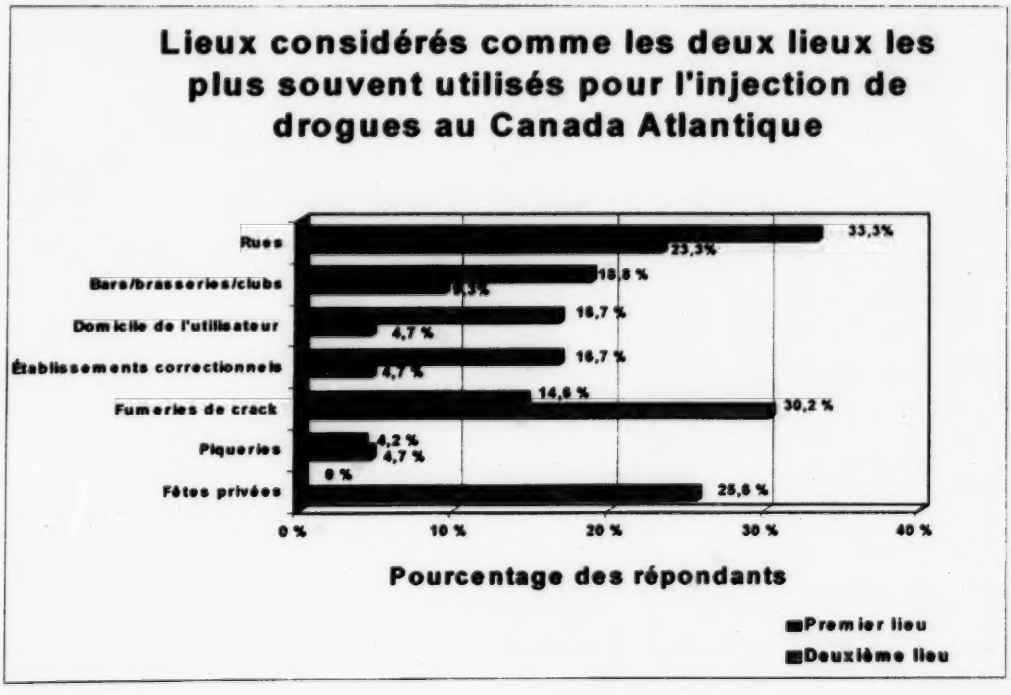
La figure 9 montre la distribution des lieux d'injection perçus comme étant les deux lieux utilisés le plus fréquemment dans l'ensemble de la région de l'Atlantique. Comme on le voit, « la rue » a été perçue comme le lieu le plus courant; elle a été indiquée par un tiers des participants. Plusieurs autres lieux ont été nommés comme étant les lieux utilisés le plus fréquemment par 15 % à 19 % des participants (les fumeries de crack, les établissements correctionnels, le domicile de l'utilisateur, les bars/brasseries/clubs). Les fumeries de crack, les fêtes privées et « la rue » ont souvent été classées au deuxième rang des lieux utilisés le plus fréquemment pour l'injection de drogues.

3.3.5 <u>Tendances ou modes liées aux lieux d'injection de drogues</u>. Les interviews ont permis d'obtenir d'autres renseignements sur les lieux d'injection de drogues au Canada Atlantique. Une analyse des données a révélé les principaux résultats suivants :

À l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve, l'injection de drogues se fait principalement au domicile de l'utilisateur ou au cours de fêtes privées;

Les fumeries de crack et les piqueries sont particulièrement courantes dans certaines parties de la Nouvelle-Écosse et du Nouveau-Brunswick, y compris dans de petites villes. Les répondants de Saint-Jean et de Sydney, par exemple, ont estimé qu'il y avait au moins 15 à 20 fumeries de crack ou piqueries dans leur collectivité. On en connaît également quelques-unes dans diverses régions isolées du Cap-Breton (p. ex. à Glace Bay et à New Waterford). On a également indiqué la présence très fréquente, dans la région métropolitaine de Halifax, d'endroits appelés « spoon houses » (c.-à-d. un endroit où on peut acheter et consommer des drogues injectables);

<u>Figure 9</u>



Un certain nombre de répondants du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse et de Terre-Neuve ont insisté sur la fréquence de l'injection de drogues sur la rue , en faisant remarquer qu'on trouve souvent des seringues usagées dans divers endroits publics (p. ex. parcs, centres communautaires, toilettes, bordures des routes);

Des répondants de la région de Halifax ont également indiqué une tendance vers une plus grande activité sur la rue. Ils ont ainsi noté qu'il était relativement courant de voir un certain nombre de personnes sans domicile fixe qui vivent ensemble temporairement dans une seule pièce dans des conditions sordides. Plusieurs de ces maisons de chambres sont connues de Mainline Needle Exchange qui leur distribue des contenants pour seringues pour chaque étage.

Des comportements particulièrement risqués ont été constatés dans ces maisons de chambres où, dans un effort désespéré pour devenir high , il arrive que des toxicomanes fouillent dans les contenants de seringues usagées pour retirer les résidus de drogues qui s'y trouvent. En plus des risques que pose la consommation d'un mélange de drogues dont la quantité et la qualité sont inconnues, les risques de contracter une maladie transmissible augmentent énormément à cause du nombre de seringues utilisées.

Les répondants ont noté plusieurs tendances dans les établissements correctionnels fédéraux. Premièrement, la majorité des détenus qui consomment des drogues injectables le font dans leur cellule. Deuxièmement, un grand nombre de détenus déclarent avoir commencé à consommer des drogues injectables alors qu'ils étaient en prison, en partie parce que le cannabis peut-être décelé par une analyse d'urine jusqu'à un mois après sa consommation, alors que certaines drogues injectables ont une fenêtre de détection beaucoup plus courte. Comme le dit un détenu, c'est plus facile de déjouer le test d'urine . Par conséquent, il n'est pas rare que des détenus passent du cannabis aux drogues injectables simplement pour éviter de se faire prendre.

3.3.6 Autres commentaires sur les drogues préférées et sur les lieux d'injection. Au total, 37 répondants (48 %) des quatre provinces de l'Atlantique ont fourni des renseignements additionnels en réponse à la question : *Que pouvez-vous nous dire de plus sur les drogues préférées ou sur les lieux d'injection de drogues dans votre collectivité?* Les réponses corroborent un grand nombre des thèmes discutés plus tôt dans la présente section. Elles sont regroupées par province et par sujet et citées textuellement au tableau 11. Le thème qui est ressorti le plus souvent des réponses des participants du Nouveau-Brunswick a été la popularité et l'accessibilité du Dilaudid. Plusieurs participants de la Nouvelle-Écosse ont également fait des commentaires sur l'importance de cette drogue, mais ils ont surtout insisté sur le fait que le choix des drogues dépend fortement de leur disponibilité et de leur accessibilité. Les commentaires additionnels des participants de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve étaient variés et ils ne traitaient pas seulement du Dilaudid. En résumé, les quelques réponses additionnelles des participants de l'Île-du-Prince-Édouard ont mis l'accent sur l'isolement, sur la nécessité du secret de l'utilisation de drogues injectables et sur le fait que ces drogues sont consommées surtout au domicile de l'utilisateur et au cours de fêtes privées. Contrairement aux participants des autres provinces Atlantiques, plusieurs répondants de Terre-Neuve ont souligné l'importance relativement faible de l'injection de drogues par comparaison avec la consommation d'alcool, l'utilisation de cannabis et la consommation orale de médicaments d'ordonnance.

Tableau 11 : Autres commentaires sur les drogues préférées et sur les lieux d'injection

Nouveau-Brunswick (n =17)

Drogues préférées

Il est de plus en plus fréquent de voir arriver un jeune de moins de 25 ans qui vient chercher des seringues propres. On mentionne souvent le Dilaudid. Moncton (N.-B.)

Le Dilaudid est un médicament d'ordonnance fourni par les médecins. Il n'est pas introduit en fraude dans le pays comme les autres drogues. Fredericton (N.-B.)

Les clients ont tellement besoin de leur drogue qu'ils perdent de vue leurs besoins fondamentaux. De plus, le Dilaudid est très dur pour les femmes (on ne sait pas encore pourquoi). Je vois également une très forte hausse de l'utilisation de seringues à cause du Dilaudid. Saint-Jean (N.-B.)

Dans notre région, le Dilaudid et le MS Contin sont plus faciles à obtenir et ce sont donc les deux premiers choix. Cependant, les UDI préféreraient l'héroïne s'ils pouvaient en obtenir. SCC de la région Atlantique, Moncton (N.-B.)

Il y a plus de Dilaudid depuis quelques années. Moncton (N.-B.)

La plupart des utilisateurs que j'ai rencontrés ne consomment pas d'héroïne. Fredericton (N.-B.)

Les problèmes ont augmenté en flèche à Saint-Jean au début des années 1990 lorsque le crack est apparu dans la ville et la situation se détériore maintenant que les médecins prescrivent du Dilaudid comme si c'était des bonbons. Saint-Jean (N.-B.)

Les médicaments d'ordonnance comme le Dilaudid sont de plus en plus populaires et ils sont accessibles à un plus grand nombre de personnes. La façon la plus facile d'obtenir du Dilaudid consiste à demander une ordonnance à un médecin. Fredericton (N.-B.)

Lieux d'injection des drogues

Un grand nombre de toxicomanes s'injectent la drogue à leur domicile. Moncton (N.-B.)

La plupart de nos clients consomment seuls (dans les bois, dans leur véhicule, loin de leurs amis habituels). Les utilisateurs de cocaïne consomment le plus souvent seuls, comme les utilisateurs de codéine. Les utilisateurs de Dilaudid ont plus tendance à consommer avec d'autres, en petits groupes. (Miramichi, N.-B.)

Il y a plus d'activités dans les grands centres. Fredericton (N.-B.)

Divers

Le comité d'organisation communautaire a déterminé le besoin de renseignements additionnels sur l'utilisation des drogues. Nous allons travailler avec les services de traitement des dépendances, la GRC et, nous l'espérons, avec la population des UDI, pour obtenir de l'information. Moncton (N.-B.)

On fait peu attention au nettoyage des seringues. Il est extrêmement difficile d'obtenir de nouvelles seringues. La peur de se faire prendre en train de s'injecter une drogue entraîne le recours à des pratiques dangereuses. Pénitencier de Dorchester, Dorchester (N.-B.)

De plus en plus de gens consomment des drogues injectables. Saint-Jean (N.-B.)

Récemment, un nombre significatif de détenus ont été des UDI. À l'établissement de ma collectivité (Westmorland), je pense que le nombre de détenus qui continuent à s'injecter des drogues est faible. Cependant, un grand nombre d'entre eux consomment des narcotiques oraux (Dilaudid, Percocet). Établissement Westmorland, Dorchester (N.-B.)

L'utilisation de drogues injectables est beaucoup plus répandue que ce qu'on pense. Malgré l'échange de seringues, les agents de police ramassent encore environ 10 seringues usagées par quart de travail. Fredericton (N.-B.)

On a très peu de connaissances sur le sujet. La GRC ne connaît aucun UDI dans notre collectivité. Campbellton (N.-B.)

Nouvelle-Écosse (n =10)

Drogues préférées

La disponibilité semble être le facteur qui détermine les drogues consommées. Il semble y avoir beaucoup d'abus avec les ordonnances. La consommation excessive d'alcool semble aller de pair avec la consommation de drogues dans les régions rurales (en dehors des prisons). Amherst (N.-É.)

Le Dilaudid est le premier choix. Il n'est pas cher et il est facile à transporter. Halifax (N.-É.)

Les clients dissolvent le crack avec du jus de citron ou du vinaigre. Ils se servent des toilettes publiques près des pharmacies (p. ex. les toilettes de Tim Horton). Halifax (N.-É.)

Le choix de la drogue dépend de sa disponibilité à n'importe quel moment Sydney (N.-É.)

Il y a un lien avec la pauvreté et avec la disponibilité. Sydney (N.-É.)

Cela varie en fonction de la disponibilité et de la mode à ce moment-là. Halifax (N.-É.)

Lieux d'injection des drogues

L'injection de drogues a habituellement lieu dans la cellule. Les UDI doivent toujours tenir compte de l'heure et du risque de se faire prendre. Établissement de Springhill, Springhill (N.-É.)

Les UDI s'injectent des drogues n'importe où – dans les ruelles, les entrées, les voitures, etc. Le matériel d'injection n'est pas stérile et les endroits ne sont pas propres. Halifax (N.-É.)

Divers

(1) Le Dilaudid est prescrit de façon libérale par certains médecins et il est facile à obtenir dans toute la province; le crack et la cocaïne sont très populaires. (2) La plupart de nos clients consomment des drogues injectables à leur domicile et la plupart reçoivent de l'aide sociale. Dartmouth (N.-É.)

Le concept de drogue préférée est en train de devenir flou. La majorité des UDI utilisent régulièrement plus d'une drogue. La consommation d'opiacés se fait le plus souvent au domicile, celle de cocaïne dans les fumeries de crack. Halifax (N.-É.)

Ils découvrent les drogues injectables dans la rue puis reviennent dans leur collectivité (autochtone). Ils rapportent chez eux les secrets du métier . Halifax (N.-É.)

Île-du-Prince-Édouard (n =9)

Les renseignements fournis par plusieurs sources indiquent que les UDI partagent les seringues. La plupart sont des utilisateurs de cocaïne. Les vendeurs coupent la cocaïne . Charlottetown (Î.-P.-É.)

Les drogues injectables sont utilisées surtout par les vendeurs qui s'en servent pour supporter leur habitude et c'est habituellement à leur domicile. Summerside (Î.-P.-É.)

L'utilisation de drogues injectables se fait de manière très secrète sur l'Île. Ceux qui consomment de la cocaïne le font seul ou dans des fêtes. Charlottetown (Î.-P.-É.)

Il s'agit d'un groupe isolé. L'utilisation de drogues injectables se fait principalement à domicile ou dans des fêtes privées. Charlottetown (Î.-P.-É.)

Terre-Neuve (n =9)

L'alcool semble rester la drogue préférée; cependant, au cours des dernières années, nous avons remarqué une hausse très forte de la consommation de médicaments d'ordonnance et de cocaïne. St. John's (T.-N.)

Mes connaissances sont limitées étant donné que mon rôle principal est la réduction des méfaits et la prévention des maladies. St. John's (T.-N.)

Les taux de consommation sont relativement faibles présentement ou par comparaison à ceux de la région de Vancouver (C.-B.) St. John's (T.-N.)

Du point de vue statistique, le nombre d'UDI est faible dans la province. La plupart des renseignements sont anecdotiques et on ne dispose d'aucune donnée sur la fréquence. Je pense que la plupart des cas d'injection de drogues seraient habituellement liés aux médicaments d'ordonnance. St. John's (T.-N.)

Les drogues les plus courantes dans notre région sont l'alcool et le cannabis. Parmi mes clients, aucun n'est un UDI ou n'a été rapporté comme étant un UDI. St. Anthony (T.-N.)

[Traduction libre]

3.4 Caractéristiques démographiques et tendances

3.4.1 Aperçu. Les questionnaires et les interviews ont fourni des données quantitatives et qualitatives sur les diverses caractéristiques démographiques des UDI de la région. Plus précisément, le questionnaire demandait aux participants si, à leur connaissance, il y avait des différences dans l'utilisation des drogues injectables entre les hommes et les femmes, entre les jeunes et les utilisateurs plus âgés, entre les différents groupes ethniques et culturels, et entre les régions urbaines et rurales. Il leur demandait de commenter la fréquence de l'utilisation des drogues, les drogues utilisées, les préférences, les lieux d'injection et les modes d'utilisation. Il leur demandait également quel était, en moyenne, le niveau de scolarité le plus élevé atteint par la plupart des UDI de leur collectivité, ainsi que les groupes d'âge les plus fréquents. Toutes les questions fermées donnaient un choix de réponses : Oui , Non , Je ne le sais pas , et elles demandaient aux participants d'expliquer leur réponse. On a aussi demandé à chaque répondant interviewé de commenter les caractéristiques démographiques des UDI de sa collectivité, et de préciser toute tendance dont il serait au courant dans ce domaine. Les réponses à ces questions sont résumées aux sections 3.4.2 à 3.4.6, ci-après.

3.4.2 Sexe et scolarité. Les réponses à la question concernant les différences entre les utilisateurs masculins et féminins variaient considérablement. La figure 10 montre que plus d'un tiers des participants (34 %) ont indiqué qu'il y avait une différence entre les sexes, alors que près du quart (23 %) ont répondu ne pas connaître de différence entre les deux groupes. Une proportion encore plus grande des participants (43 %) a indiqué être incapable de répondre à cette question. Cependant, parmi les 40 personnes qui ont répondu, 60 % ont dit qu'il y avait des différences. La question ouverte a fourni diverses précisions, mais la plupart des explications ont révélé trois thèmes principaux (voir le tableau 12) qui ont tous été corroborés à maintes reprises au cours des interviews :

L'utilisation de drogues injectables est généralement plus répandue chez les hommes (cependant un grand nombre de participants ont souligné l'augmentation de la fréquence chez les femmes);

Il existe des différences en termes de pouvoir et de contrôle (p. ex. les femmes sont utilisées sexuellement lorsqu'elles achètent ou vendent des drogues; elles consomment les mêmes drogues que leur partenaire);

Il existe des différences dans les méthodes utilisées pour obtenir des drogues (p. ex. les femmes ont plus tendance à participer à l'industrie du sexe alors que les hommes ont plus tendance à être impliqués dans des crimes tels le commerce des drogues, le vol, et le vol à main armée).

Figure 10

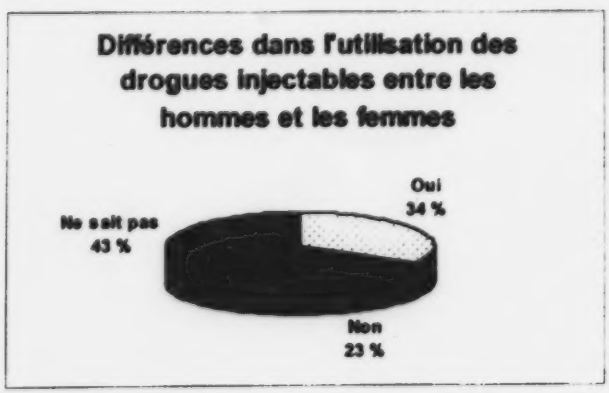


Tableau 12 – Réponses à la question ouverte sur les différences dans l'utilisation des drogues injectables entre les hommes et les femmes (n = 31)

Fréquence de l'utilisation de drogues injectables

C'est très rare qu'une femme qui utilise des drogues injectables vienne à notre centre. Services de toxicomanie, Miramichi (N.-B.)

La plupart de nos clients sont des hommes (au moins les 3/4). Services de santé publique, Moncton (N.-B.)

Il y a un plus grand nombre d'hommes que de femmes UDI. Société de l'Hépatite C du Canada, section de Moncton, Moncton (N.-B.)

La plupart des UDI sont des hommes. Parmi les cas connus d'hépatite C, la plupart ont été infectés (fort probablement) lorsqu'ils étaient dans la vingtaine (il y a vingt ans). Services de santé publique, Miramichi (N.-B.)

Moins de femmes que d'hommes consomment des drogues injectables. North End Community Health Centre, Halifax (N.-É.).

Il y a plus d'hommes, mais le nombre de femmes augmente. Nos clients comptent 25 % de femmes et 75 % d'hommes. Mainline Needle Exchange, Halifax (N.-É.)

Il y a plus d'hommes. Central Region Drug Dependency Services, Dartmouth (N.-É.)

Il semble y avoir plus d'hommes que de femmes qui utilisent des drogues injectables. Addiction Services, Pictou (N.-É.)

Le nombre de femmes augmente. Cape Breton Chapter of the Hepatitis C Society of Canada, Sydney (N.-É.)

Il semble y avoir beaucoup moins de femmes, mais le nombre augmente parmi les adolescentes. Public Health Services, Amherst (N.-É.)

En 1997, 77 % des participants à une étude réalisée par les Public Health Services et le LLCM étaient des hommes. Public Health Services, Sydney (N.-É.)

Le nombre de femmes est élevé. John Howard Society of Nova Scotia, Halifax (N.-É.)

Les utilisateurs de drogues injectables sont surtout des hommes. Addiction Services, Charlottetown (Î.-P.-É.)

Plus d'hommes que de femmes viennent en désintoxication à la suite de l'utilisation de drogues injectables. Addiction Services, St. John's (T.-N.)

Moins de femmes utilisent des drogues injectables. Pleasantville Youth Centre, St. John's (T.-N.)

Il semble y avoir plus d'hommes qui utilisent des drogues injectables. Newfoundland and Labrador AIDS Committee, St. John's (T.-N.)

Pouvoir/contrôle

Les femmes sont utilisées sexuellement lorsqu'elles achètent ou vendent des drogues. Mainline Needle Exchange, Halifax (N.-É.)

Un grand nombre de femmes demandent à d'autres personnes de leur faire l'injection. Société de l'Hépatite C du Canada, section de Moncton, Moncton (N.-B.)

Les femmes semblent utiliser la même drogue que leur partenaire. La plupart du temps, cela se passe à leur domicile ou dans des fêtes privées, dans des clubs, etc. Public Health Services, Amherst (N.-É.)

Les hommes et les femmes n'ont pas les mêmes pouvoirs et bien sûr cela se reflète dans leur utilisation des drogues. Sharp Advice Needle Exchange, Sydney (N.-É.)

La plupart des hommes essaient de convaincre les femmes de commencer à consommer des drogues injectables afin de les contrôler en agissant comme leur docteur. Narcotiques Anonymes, Summerside (Î.-P.-É.)

Moyens utilisés pour obtenir des drogues

Les femmes risquent beaucoup plus de se prostituer pour obtenir suffisamment d'argent pour payer les drogues. AIDS Saint John, Saint-Jean (N.-B.)

Je pense que, proportionnellement, beaucoup plus de femmes qui utilisent des drogues injectables sont des travailleuses de l'industrie du sexe. Services de soins de santé, SCC de la région Atlantique, Moncton (N.-B.)

Les femmes qui prennent de la cocaïne sont plus souvent impliquées dans l'industrie du sexe. Central Region Drug Dependency Services, Dartmouth (N.-É.)

Les femmes ont tendance à faire le trottoir et les hommes à voler ou à commettre des crimes pour acheter de la drogue. Mainline Needle Exchange, Halifax (N.-É.)

Divers

Les femmes font plus attention aux questions de santé et de transmission des maladies. Ministère de la Santé et du Mieux-être, Fredericton (N.-B.)

Les femmes semblent avoir beaucoup plus de problèmes lorsqu'elles consomment beaucoup de drogues (c.-à-d. qu'elles ont des problèmes avec leur cycle menstruel; elles sont très émotives; elles sont plus paranoïaques que d'habitude). Travailleuse des programmes d'extension, Saint-Jean (N.-B.)

Tout ce que je peux dire, c'est que les personnes positives pour l'hépatite C qui utilisent des drogues injectables risquent plus d'être des hommes. Services de santé publique, Saint-Jean (N.-B.)

Un plus grand nombre d'hommes viennent échanger des seringues, mais ils ont tendance à le faire aussi pour les femmes. Partners in Harm Reduction, Fredericton (N.-B.)

Les femmes semblent préférer la cocaïne/crack. Services de soins de santé, SCC de la région Atlantique, Moncton (N.-B.)

Les modes d'utilisation des drogues et le choix parmi les drogues disponibles sont différents. Stepping Stone, Halifax (N.-É.)

Les hommes consomment des doses plus fortes. Addiction Services, Pictou (N.-É.)

[Traduction libre]

La grande majorité des vingt répondants interviewés ont corroboré les principaux résultats du questionnaire en ce qui concerne les différences entre les deux sexes. Plus précisément, un grand nombre ont indiqué les points suivants : l'utilisation de drogues injectables est généralement plus répandue chez les hommes que chez les femmes; la fréquence de l'utilisation de drogues injectables augmente chez les femmes; divers problèmes sont associés au pouvoir et au contrôle entre les sexes; un grand nombre de femmes participent à l'industrie du sexe pour payer leur consommation de drogues alors que les hommes ont tendance à avoir recours à des crimes violents. L'analyse qualitative des données des interviews a fait ressortir quelques tendances et modes additionnelles, dont plusieurs avaient déjà été soulignées dans les recherches portant sur les UDI effectuées précédemment dans la région.

Bien que certains hommes utilisateurs de drogues injectables soient de toute évidence impliqués dans l'industrie du sexe, il y a plus de chances qu'ils y participent en tant que souteneurs .

La fréquence de l'utilisation des drogues injectables semble augmenter plus rapidement parmi les adolescentes et les jeunes femmes, dont un grand nombre font le commerce du sexe pour obtenir de la drogue.

Les femmes qui utilisent des drogues injectables ont tendance à être particulièrement opprimées et elles sont souvent victimes de mauvais traitements physiques et psychologiques, et d'abus sexuels de la part de leur partenaire masculin, de leur souteneur ou des vendeurs de drogues.

Une évaluation des besoins des UDI de Halifax effectuée en 1995 par Mainline Needle Exchange (appelée M.I.N.A., Main Line Intravenous Needs Assessment) a également mis en évidence une différence entre les sexes en ce qui concerne la fréquence des mauvais traitements. Par exemple, un total de 76 % des femmes qui utilisaient des drogues injectables ont indiqué avoir été physiquement maltraitées par leur partenaire et 37 % ont reconnu avoir subi des abus sexuels de la part de leur partenaire (Grandy, 1995). Une étude des données selon le sexe a révélé que les femmes étaient les

victimes de tous les abus sexuels signalés et d'environ 80 % des mauvais traitements physiques. Comme l'a noté Grandy (1995) : *Les femmes ont répété à maintes et maintes reprises au cours des interviews que leur partenaire était plus violent, tant physiquement que sexuellement, en particulier lorsqu'il prenait du crack.* (p. 16) [Traduction libre]

Un grand nombre de femmes ne demandent pas de traitement pour leur dépendance parce qu'elles craignent de perdre la garde de leurs enfants. Ce résultat a également été souligné dans le projet d'évaluation des besoins de Mainline Needle Exchange.

On a l'impression que c'est pire d'être une mauvaise mère que d'être un mauvais père et cela empêche un grand nombre de femmes d'entreprendre un traitement. Les mères ont déclaré plus d'une fois qu'elles ne pouvaient pas aller dans un centre de désintoxication ou suivre un autre programme de ce genre parce qu'elles craignaient de perdre leurs enfants. (Grandy, 1995, p. 18) [Traduction libre]

La figure 11 montre la distribution des réponses des participants à la question demandant de préciser le niveau de scolarité le plus élevé atteint par la plupart des UDI de leur collectivité. Une forte majorité des participants de la région de l'Atlantique (73 %) ont déclaré que, en moyenne, la plupart des utilisateurs de drogues injectables de leur collectivité n'avaient pas terminé leurs études secondaires. Très peu (5 %) ont indiqué un niveau de scolarité moindre (moins d'une 8e année) et 22 % ont déclaré que la plupart des UDI avaient terminé leurs études secondaires. Aucun des participants n'a indiqué un niveau de scolarité supérieur aux études secondaires.

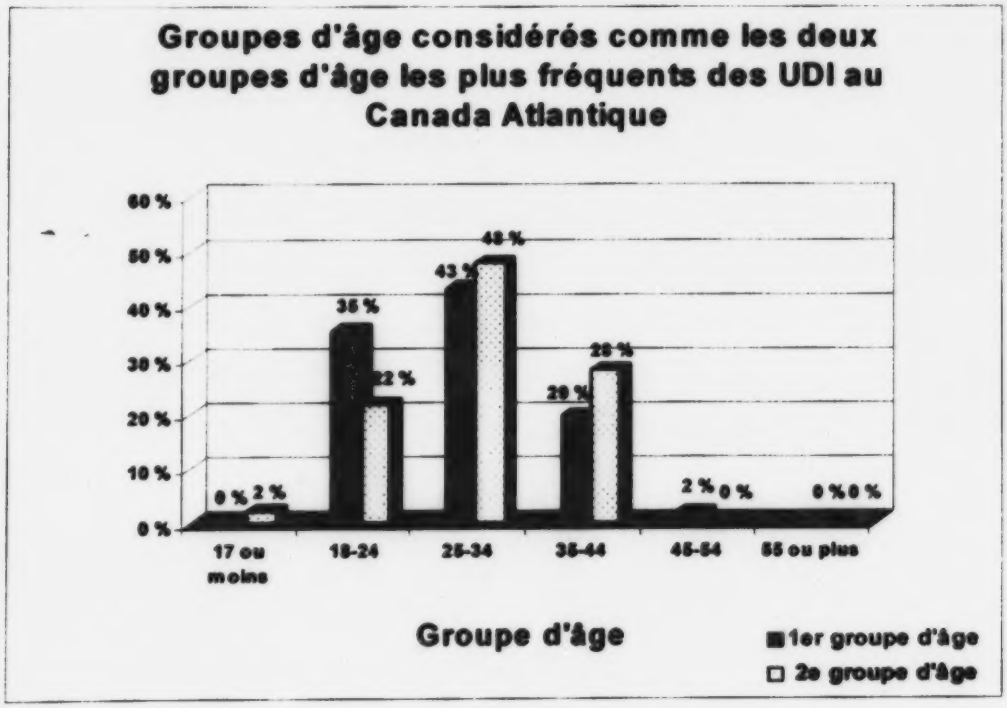
Alors que la majorité des répondants interviewés s'entendaient à dire que les UDI ont habituellement un faible niveau de scolarité, il y a certainement des exceptions à cette règle (p. ex. des étudiants du niveau collégial font des fêtes privées les fins de semaine au cours desquelles ils consomment de la cocaïne en injection). Une ancienne utilisatrice a également indiqué que le niveau moyen de scolarité semble avoir diminué parmi les UDI de Halifax. Elle a noté qu'il y a dix ans un grand nombre de ses pairs étaient de la classe moyenne et qu'ils avaient terminé au moins leurs études secondaires.

Figure 11

3.4.3 Différences d'âge et tendances. La figure 12 montre la distribution des réponses à la question sur les groupes d'âge les plus fréquents des UDI de la région de l'Atlantique. Presque tous les participants (98 %) ont déclaré que les UDI de leur collectivité avaient habituellement entre 18 et 44 ans. Le groupe des 25 à 34 ans a été classé au premier rang (43 %) ou au deuxième rang (48 %). Notons toutefois que plus d'un tiers des répondants ont souligné la fréquence de l'utilisation de drogues injectables parmi les jeunes (c.-à-d. dans le groupe d'âge des18 à 24 ans).

Dans l'ensemble, les participants ne savaient pas vraiment s'il y avait des différences dans l'utilisation des drogues injectables entre les consommateurs des différents groupes d'âge, puisque près des deux tiers ont déclaré ne pas avoir suffisamment de renseignements pour pouvoir répondre à cette question. Cependant, 21 % des répondants ont bel et bien indiqué des différences entre les différents groupes d'âge. Le tableau 13 montre que les réponses à la question ouverte demandant de préciser ces différences variaient considérablement selon les lieux et les provinces et elles ont révélé peu de thèmes constants. En résumé, la plus grande proportion des commentaires a porté sur les différences dans les drogues utilisées. Cependant, plusieurs participants ont également signalé des différences en ce qui concerne les lieux d'injection et les divers modes d'utilisation des drogues. La contradiction la plus frappante concerne les types de drogues consommées par les utilisateurs des divers groupes d'âge, c'est-à-dire que certains participants pensaient que les jeunes étaient plus susceptibles d'utiliser des stéroïdes ou du Dilaudid alors que d'autres croyaient que ce serait plutôt la cocaïne/crack.

Figure 12

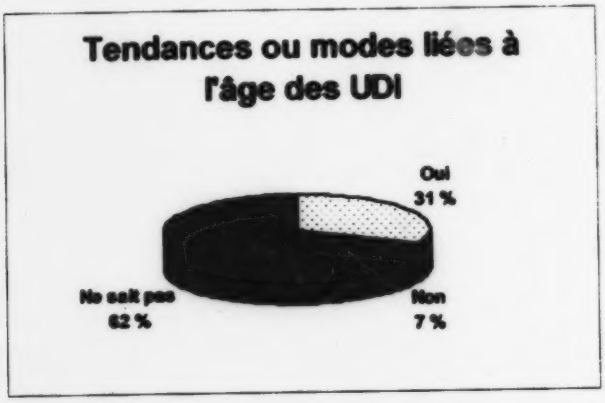


La figure 13 montre la distribution des réponses à la question sur les tendances et les modes liées à l'âge des UDI. Encore une fois, bien que dans l'ensemble les participants aient eu peu de connaissances dans ce domaine (62 % ne pouvaient répondre à cette question), la majorité de ceux qui ont répondu connaissaient certaines tendances et modes liées à l'âge (voir la deuxième partie du tableau 1[illegible] Le thème qui est ressorti le plus souvent dans toutes les provinces portait sur la diminution de l'âge au mom[illegible] de la première injection, opinion partagée par tous les répondants qui ont fait des commentaires sur ce sujet, sauf un. La seule exception a été un agent de la paix du comté de Pictou, en Nouvelle-Écosse, selon qui le groupe d'âge le plus évident des UDI dans sa collectivité semblait être passé des jeunes contrevenants aux jeunes adultes au cours de la dernière année.

Plusieurs participants ont également mis en évidence des différences selon l'âge pour ce qui est des habitudes dangereuses liées à l'utilisation des seringues. Il est intéressant de constater que certains répondants pensaient que les jeunes clients seraient plus susceptibles de partager le matériel d'injection, alors que d'autres croyaient le contraire (voir le tableau 13). Notons que les deux agents de la paix (un à Halifax et un à Summerside) qui ont fait des commentaires sur les différences selon l'âge en ce qui concerne les activités dangereuses liées à l'utilisation des seringues, ont déclaré que les clients plus âgés étaient plus susceptibles de partager l'équipement. Par contre, selon la plupart des participants des autres milieux (p. ex. services de traitement des dépendances, programmes d'échange de seringues), les jeunes UDI seraient plus susceptibles d'utiliser les seringues de manière dangereuse. Les données sont insuffisantes pour éclaircir cette contradiction, mais il est possible que les tendances en fonction de l'âge varient selon les milieux. Ainsi, les habitudes des UDI plus âgés connus des agents de la paix peuvent être très différentes de celles des jeunes qui fréquentent les programmes d'échange de seringues ou les établissements de traitement des dépendances.

Tout comme l'a montré l'analyse des réponses au questionnaire, la tendance vers une diminution de l'âge au moment de la première injection a également été soulignée par la majorité des répondants interviewés. Plusieurs ont fait des observations sur la hausse de la fréquence de l'utilisation de drogues injectables parmi les jeunes de leur collectivité et ils ont noté que, de façon générale, leur clientèle rajeunissait. Malgré ces tendances, il est toutefois évident que l'utilisation de drogues injectables ne connaît pas de limite d'âge. Ainsi, une travailleuse des soins de santé d'un établissement correctionnel de la Nouvelle-Écosse a dispensé des services à un détenu qui avait commencé à consommer des drogues injectables à l'âge de 12 ans.

Figure 13



L'étendue de l'âge des UDI a aussi été mise en évidence par un médecin qui traite une majorité d'UDI à la North End Community Clinic de Halifax. Il a estimé à 30 ans la moyenne d'âge de ses clients, mais il a noté que son plus jeune client était un adolescent et que le plus âgé avait dans la soixantaine. Il a également souligné qu'un grand nombre des jeunes UDI de la ville ne fréquentaient pas la clinique parce qu'il y avait moins de chance qu'ils viennent cherchent un traitement.

Une autre tendance en fonction de l'âge ressort de l'analyse des données des interviews. Plusieurs participants ont noté qu'il était relativement fréquent pour les UDI plus âgés, qui consomment des drogues injectables depuis longtemps, d'avoir développé une dépendance aux opiacés après avoir eu une ordonnance pour soulager une douleur ou une blessure physique. Avec le temps, la tolérance augmente et l'injection devient le moyen de délivrance de la drogue le plus efficace et efficient.

Tableau 13 – Réponses à la question ouverte sur les différences et les tendances dans l'utilisation des drogues injectables selon l'âge

A. Différences selon l'âge (n = 15)

Drogues consommées/préférences

D'après notre expérience, les jeunes ont tendance à consommer du Dilaudid. AIDS Saint John, Saint-Jean (N.-B.)

Les jeunes consomment plus souvent de la cocaïne/crack alors que les plus âgés préfèrent les opiacés. Services de soins de santé, SCC de la région Atlantique, Moncton (N.-B.)

Les jeunes utilisent plusieurs drogues différentes, les plus âgés en utilisent moins. Médecin, Moncton (N.-B.)

Les groupes plus âgés utilisent probablement seulement du Dilaudid, alors que les plus jeunes consomment plus de cocaïne. Central Region Drug Dependency Services, Dartmouth (N.-É.)

Les clients qui utilisent des stéroïdes sont jeunes (18 à 24 ans). Les prostituées qui utilisent du Dilaudid et du crack ont de 20 à 35 ans. Mainline Needle Exchange, Halifax (N.-É.)

Les jeunes consomment du Dilaudid. Programme de sensibilisation aux drogues de la GRC, Halifax (N.-É.)

Lieux d'injection des drogues

Les UDI plus âgés utilisent les drogues injectables seuls, alors que les jeunes le font dans une atmosphère de fête. Cape Breton Chapter of the Hepatitis C Society of Canada, Sydney (N.-É.)

Évidemment, plus ils sont jeunes, plus il leur est difficile de trouver un endroit pour s'injecter de la drogue, alors ils le font sur la rue ou bien ils commencent à se tenir avec des utilisateurs plus âgés. Public Health Services, Amherst (N.-É.)

Les jeunes ont tendance à consommer la drogue sur la rue. Newfoundland and Labrador AIDS Committee, St. John's (T.-N.)

Divers

Il y a plus de chances que les UDI plus âgés fassent appel aux services de réduction des méfaits. Ministère de la Santé et du Mieux-être, Fredericton (N.-B.)

Il y a plus de grands drogués parmi le groupe des 35 à 44 ans; le groupe des 18 à 24 ans est plus au stade expérimental, tout comme celui des 25 à 34 ans. Société de l'Hépatite C du Canada, section de Moncton, Moncton (N.-B.)

La plupart de nos clients ont de 25 à 45 ans et ils utilisent de la cocaïne ou du Dilaudid, habituellement seuls ou en petits groupes, généralement de manière secrète. Ils commettent des crimes pour soutenir leur habitude. La plupart des patients hospitalisés n'ont pas d'emploi; ils passent tout leur temps à se préparer à devenir high . La plupart ont tout perdu. Services de traitement des dépendances, Miramichi (N.-B.)

Il semble que le groupe qui consomme le plus soit celui des 35 à 44 ans. Je ne sais pas s'il y a des différences entre les drogues ou les habitudes. Summerside Police Service, Summerside (Î.-P.-É.)

Les clients plus âgés prennent des doses plus fortes. Addiction Services, Pictou (N.-É.)

Il semble que les toxicomanes plus âgés expérimentent d'autres drogues pour essayer d'obtenir un meilleur high . GRC, Halifax (N.-É.)

B. Tendances ou modes liées à l'âge (n = 23)

Diminution de l'âge au moment de la première injection

Je pense que les gens commencent plus jeunes. AIDS Saint John, Saint-Jean (N.-B.)

J'ai l'impression que les gens commencent à s'injecter de la drogue plus jeunes. Services de santé publique, Saint-Jean (N.-B.)

Ils commencent plus jeunes et ils ont tous l'air de partager le matériel (en particulier dans les prisons et parmi les utilisateurs de 35 à 44 ans). Société de l'Hépatite C du Canada, section de Moncton, Moncton (N.-B.)

Au cours des trois dernières années, on a vu une hausse de l'utilisation de drogues injectables parmi les jeunes contrevenants de moins de 18 ans (en particulier dans le comté de Pictou). Halifax Correctional Centre, Halifax (N.-É.)

Les gens commencent plus jeunes. Addiction Services, Pictou (N.-É.)

La consommation pour le plaisir semble augmenter parmi les groupes d'âge plus jeunes (adolescents) et parmi les jeunes adultes. Public Health Services, Amherst (N.-É.)

Les UDI qui viennent ici sont plus jeunes. Mainline Needle Exchange, Halifax (N.-É.)

Il y a huit ans, 95 % de nos clients avaient plus de 35 ans. Maintenant, 90 % de nos clients ont plus de 30 ans. Il y donc un changement. Mainline Needle Exchange, Halifax (N.-É.)

Ils commencent plus jeunes. Addiction Services, Charlottetown (Î.-P.-É.)

Il semble que les jeunes expérimentent plus tôt les drogues dures. Ils se sentent invincibles. Pleasantville Youth Centre, St. John's (T.-N.)

Activités à risque liées à l'injection

Je pense que les jeunes clients risquent plus de partager le matériel. Ceux qui ont plus d'expérience ont leur propre matériel. Services de soins de santé, SCC de la région Atlantique, Moncton (N.-B.)

La plupart des gens que nous voyons ont entre 25 et 45 ans avec une moyenne d'âge de 35 ans. La plupart des clients qui partagent le matériel ont autour de 35 ans. Actuellement, c'est vers l'âge de 35 ans qu'ils viennent demander de l'aide. Services de traitement des dépendances, Miramichi (N.-B.)

Les jeunes clients risquent plus de partager le matériel. Tous les groupes d'âge ont l'air de chercher de l'aide également. Addiction Services, Pictou (N.-É.)

J'ai l'impression que les jeunes UDI ne s'informent pas sur les drogues et qu'ils se fichent de la réduction des risques liés à l'injection de drogues. Mainline Needle Exchange, Halifax (N.-É.)

Les clients plus âgés ont l'air de partager de plus en plus le matériel. Je pense qu'ils sont rendus à un stage où ils ne se préoccupent plus de la mort. Halifax Regional Police, Halifax (N.-É.)

Il semble que ce soit surtout la génération du baby-boom et les UDI plus âgés qui ont tendance à partager les seringues. Il y a plus de chances que les jeunes demandent de l'aide. Summerside Police Service, Summerside (Î.-P.-É.)

Ceux qui utilisent des drogues injectables depuis longtemps risquent plus de partager le matériel. Addiction Services, Charlottetown (Î.-P.-É.)

Divers

Les détenus déclarent souvent que la première fois qu'ils ont utilisé une drogue injectable, c'était après leur incarcération. Pénitencier de Dorchester, Dorchester (N.-B.)

Les toxicomanes plus âgés ont tendance à expérimenter d'autres drogues injectables pour essayer d'avoir un meilleur high . GRC, Halifax (N.-É.)

Dans l'étude de 1997, l'âge moyen au moment de la première injection était : 1) 25,1 ans pour les femmes; 2) 21,4 ans pour les hommes. Public Health Services, Sydney (N.-É.)

Un plus grand nombre d'UDI utilisent plus d'une drogue régulièrement; ils commencent plus tôt. North End Community Health Centre, Halifax (N.-É.)

Il y a un an, le groupe le plus important était les jeunes contrevenants. Il semble maintenant que ce soit les jeunes adultes. GRC, Stellarton (N.-É.)

Les gens qui n'ont pas pris de drogue pendant des années retrouvent leurs anciennes habitudes, mais ils viennent chercher un traitement plus vite. Les jeunes pensent que c'est super. Cape Breton Chapter of the Hepatitis C Society of Canada, Sydney (N.-É.)

Il y plus de chances que les utilisateurs plus âgés qui consomment des drogues depuis longtemps demandent de l'aide, c'est-à-dire de la méthadone. Établissement de Springhill, Springhill (N.-É.)

Les clients plus âgés semblent vouloir de l'aide, mais parce que c'est une petite collectivité, ils craignent de l'admettre. Narcotiques Anonymes, Summerside (Î.-P.-É.)

Des renseignements anecdotiques montrent que les jeunes s'injectent des médicaments d'ordonnance et prennent de l'alcool. Health & Community Services, conseiller provincial en toxicomanie, Saint John's (T.-N.)

[Traduction libre]

3.4.4 Différences ethniques/culturelles. La grande majorité des répondants semblait ne connaître aucune différence dans l'utilisation des drogues injectables due à l'origine ethnique ou culturelle, contrairement à ce qui était le cas pour le sexe et l'âge (figure 14). En fait, seulement huit participants ont déclaré connaître certaines différences dépendant des groupes ethniques ou culturels. La plupart d'entre eux provenaient de la Nouvelle-Écosse, et ils ont indiqué qu'une plus grande proportion des UDI Noirs consommaient de la cocaïne/crack plutôt que des opiacés. Deux personnes ont déclaré qu'un nombre relativement faible d'UDI autochtones et des Premières Nations consultaient les programmes d'échange de seringues et ils ont insisté sur la nécessité d'offrir des services appropriés à leur culture. Étant donné le faible nombre de répondants, ces données doivent être interprétées avec une extrême prudence. Comme le montre la figure 15, ces réponses peuvent simplement refléter un niveau insuffisant de connaissances ou d'expérience avec des clients de différentes origines ethniques et culturelles, puisqu'une proportion beaucoup plus importante des répondants de la région ont déclaré avoir une expérience directe de travail avec des Blancs (76 %) qu'avec tout autre groupe de la liste. Alors que plus d'un tiers des participants ont indiqué avoir une certaine expérience avec des

Figure 14

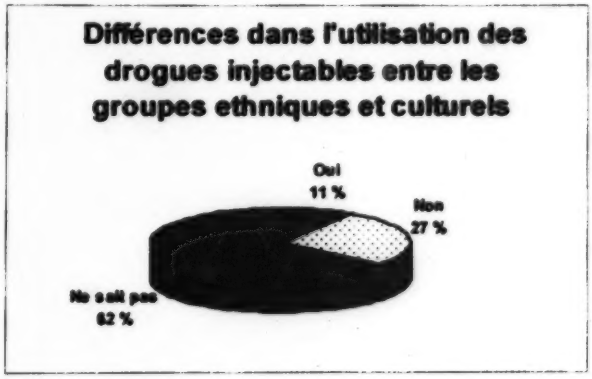
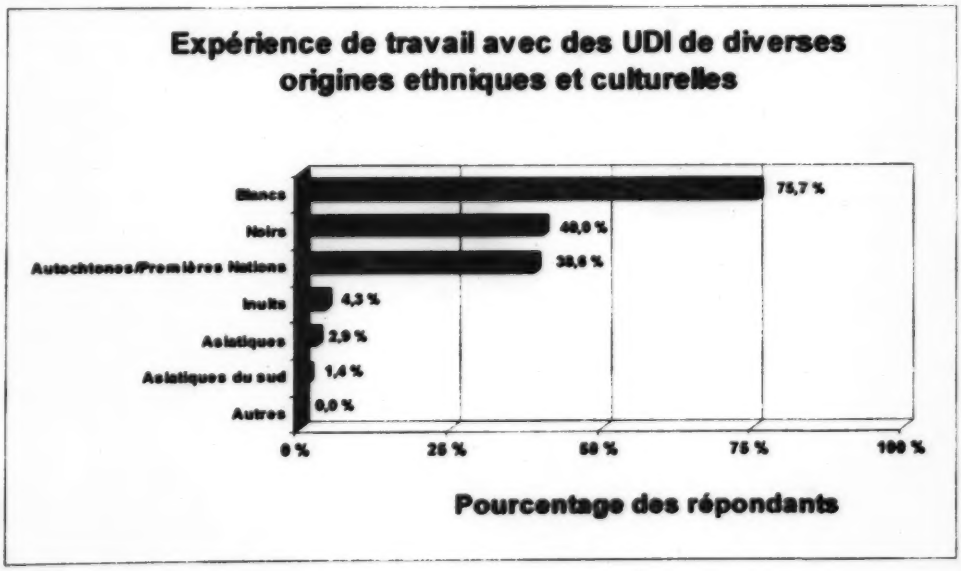


Figure 15



Noirs (40 %) et avec des Autochtones/Premières nations (39 %), l'expérience avec d'autres groupes ethniques et culturels était minime. Les données fournies par les interviews ont également mis en évidence l'absence relative d'expérience multiculturelle (c.-à-d. que la majorité des clients de la plupart des répondants étaient des Blancs).

3.4.5 Différences entre les régions urbaines et rurales. La figure 16 montre la distribution des réponses des participants à la question sur les différences dans l'utilisation des drogues injectables entre les milieux urbains et ruraux. Environ la moitié (51 %) des participants ont déclaré ne pas savoir s'il y avait de telles différences, près d'un tiers (31 %) ont rapporté qu'il y en avait, et moins d'un quart (18 %) ont dit qu'il n'y en avait pas. Les différences précisées par les participants sont citées textuellement, par province, au tableau 14. Les différences les plus courantes concernaient la fréquence générale de l'utilisation des drogues injectables. On a également mentionné, moins souvent, certaines différences entre les types de drogues consommées, les préférences, les lieux d'injection et les comportements à risque.

Notons que la différence indiquée le plus souvent au cours des interviews concernait également la fréquence relativement plus grande de l'utilisation de drogues injectables dans les milieux urbains. Tout en reconnaissant qu'un grand nombre de drogues sont accessibles aux UDI des collectivités rurales, plusieurs répondants ont souligné la nécessité d'un plus grand niveau de secret et l'effort nécessaire pour avoir accès à ces drogues. Par exemple dans les milieux urbains les UDI peuvent facilement obtenir la plupart des drogues injectables sur la rue, alors que dans les milieux ruraux ils doivent habituellement connaître un vendeur et être personnellement intégrés aux UDI de la collectivité.

Un autre thème mentionné régulièrement par les personnes interviewées concernait la mobilité générale et les tendances migratoires des UDI du Canada Atlantique. Selon plusieurs participants, une proportion importante des UDI de leur collectivité avaient vécu dans l'ouest (c.-à-d. au Québec, en Ontario, en Colombie-Britannique) à un certain moment, pendant qu'ils consommaient des drogues. Certains UDI du Canada Atlantique ont commencé à s'injecter des drogues dans des grands centres, mais il est aussi relativement courant de rencontrer des UDI qui ont commencé à s'injecter des drogues ici et qui ont par la suite émigré vers des centres plus accueillants pour les drogués (p. ex. Vancouver's East Side).

Figure 16

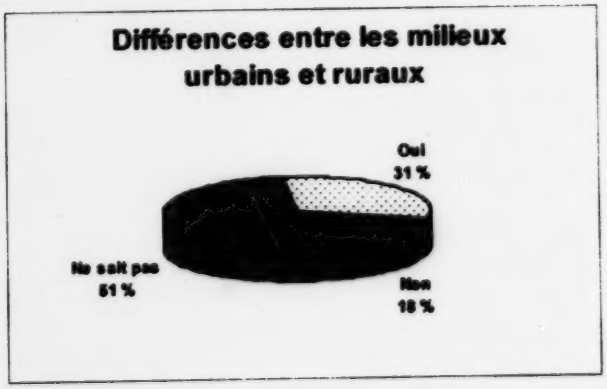


Tableau 14. Réponses à la question ouverte sur les différences dans l'utilisation des drogues injectables entre les milieux urbains et ruraux

Nouveau-Brunswick

La cocaïne est encore le premier choix.

L'héroïne se rencontre plus souvent dans les grands centres.

L'utilisation de drogues injectables est plus fréquente dans les régions urbaines.

Je pense que l'utilisation de drogues injectables est moins répandue dans les régions rurales.

L'utilisation de drogues injectables est habituellement plus fréquente dans les villes à cause de la population plus grande. Dans les petites collectivités, on verra de temps en temps une hausse de la consommation d'une certaine drogue, à cause du vendeur .

Les milieux urbains (Moncton) commencent à voir l'injection d'héroïne. Cependant, la plus grande partie de la consommation de drogues se fait sous forme orale, en particulier dans les milieux ruraux.

Nouvelle-Écosse

Dans les milieux ruraux, il ne semble pas y avoir de femmes qui se prostituent pour supporter leur habitude.

Comté de Pictou – L'utilisation du Dilaudid augmente parmi les jeunes.

Il y a peut-être plus de partage à cause de la mentalité de petite ville . Dans les régions rurales, c'est très secret.

La drogue préférée est différente dans les villes (p. ex. c'est la cocaïne/héroïne plutôt que le Dilaudid dans les collectivités des réserves).

L'utilisation de drogues injectables est plus fréquente dans les régions urbaines.

Dans les régions rurales, les UDI ont tendance à s'injecter de la drogue à leur domicile (ils s'injectent des opiacés et ils boivent de l'alcool).

L'accès aux drogues est différent. Le réseau de communication est différent. Les drogues sont différentes. À Halifax, on peut facilement avoir de la drogue sur la rue. Dans les petites collectivités, même à Sydney, il faut connaître quelqu'un de la collectivité et être intégré à celle-ci.

Les utilisateurs urbains consomment plus souvent de la cocaïne/crack.

J'ai l'impression que les régions rurales ont plus besoin d'avoir accès à des programmes d'échange de seringues et d'éducation sur la vaccination.

L'utilisation des drogues injectables est moins fréquente dans les régions rurales. Elle est plus fréquente dans les grandes villes que dans les petites villes.

Île-du-Prince-Édouard

L'utilisation des drogues injectables est plus fréquente dans les villes.

Les villes sont en tête dans toutes les catégories étant donné que les utilisateurs s'y rendent à cause de la variété et de la disponibilité.

Terre-Neuve

Là où la population est plus forte, l'utilisation des drogues injectables est plus fréquente.

Ce sont surtout les résidents des villes qui se présentent en désintoxication.

Les drogues injectables sont plus accessibles dans les régions urbaines.

La plupart des UDI ont vécu dans la partie continentale du Canada (c.-à-d. à Toronto, en Colombie-Britannique) à un moment donné; un grand nombre ont commencé à utiliser les drogues injectables à ce moment-là.

[Traduction libre]

3.4.6 Points chauds régionaux et provinciaux. Bien qu'il soit impossible de déterminer exactement le nombre d'UDI dans la région de l'Atlantique, on peut se faire une idée de la situation d'après le nombre de cas d'hépatite C signalés. Le tableau 15 indique le nombre d'UDI de chaque province, estimé à partir du nombre de cas de VHC signalés, ainsi que le pourcentage des cas attribuables à l'utilisation de drogues injectables. Le minimum estimé varie de 121 (Î.-P.-É.) à 1 200 (N.-É.) Cependant, on estime que plus des deux tiers des cas d'infection à VHC n'ont pas été diagnostiqués ni signalés, et qu'en fait aussi peu que 30 % des cas d'infection à VHC ont effectivement été diagnostiqués (Ploem, 2000). Par conséquent, il est

possible que le nombre réel d'UDI de chaque province soit plus près du maximum estimé, ce qui expliquerait la différence entre le nombre de cas de VHC signalés et estimés. Le nombre maximum d'UDI estimé est plus élevé en Nouvelle-Écosse (4 000) et au Nouveau-Brunswick (1 430) et moins élevé à Terre-Neuve (537) et à l'Île-du-Prince-Édouard (403).

Le dépouillement des données sur les caractéristiques démographiques et sur les tendances fournies par le questionnaire et par les interviews a permis d'avoir un aperçu des divers points chauds de l'utilisation de drogues injectables dans chaque province Atlantique. Bien qu'il soit impossible de déterminer le nombre exact d'UDI dans chaque collectivité, les impressions des répondants et les estimations de la fréquence de l'utilisation de drogues injectables dans leur collectivité ont indiqué plusieurs points chauds régionaux et provinciaux. Du point de vue régional, les répondants s'entendent à dire que la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick comptent le plus grand nombre d'UDI. Cependant, chaque province semble également avoir ses propres points relativement chauds . Ceux-ci sont indiqués aux figures 17 et 18.

Le tableau 16 donne les estimations du nombre d'UDI des diverses collectivités, fournies par les répondants. Précisons qu'un endroit considéré comme un point chaud au niveau provincial ne l'est pas nécessairement au niveau régional. Les données obtenues auprès du personnel des établissements correctionnels mettent également en évidence la fréquence de l'injection de drogues dans les divers établissements correctionnels fédéraux et provinciaux de la région.

Selon les participants du Nouveau-Brunswick, de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve, les grands centres de leur province seraient les endroits où il y a le plus d'utilisation de drogues injectables. Par conséquent, Saint-Jean, Fredericton et Moncton ont été identifiés comme les points chauds du Nouveau-Brunswick, et Charlottetown et Summerside comme ceux de l'Île-du-Prince-Édouard. Tout en insistant sur le manque d'études sur la fréquence, un grand nombre des répondants de Terre-Neuve avaient l'impression que l'injection de drogues était moins courante dans leur province que dans les autres provinces Atlantiques ou dans les autres régions du pays. La plupart ont signalé la consommation d'alcool, l'utilisation de cannabis, et la consommation orale d'opiacés comme étant les formes les plus fréquentes d'utilisation de drogues. Bien qu'aucun point chaud n'ait été identifié à Terre-Neuve, la ville de Saint John's était perçue par les participants de cette province comme étant l'endroit comptant le plus grand nombre d'UDI.

Tableau 15 – Estimation du nombre d'UDI à partir des données épidémiologiques sur le VHC

	N^bre de cas de VHC	% d'UDI selon le facteur de risque*	Minimum estimé	Maximum estimé**
N.-B.	1 053	40,7 %	429	1 430
N.-É.	2 197	54,6 %	1 200	4 000
Î.-P.-É.	240	50,5 %	121	403
T.-N.	321	50,0 %	161	537

* *% d'UDI calculé à partir du nombre de cas pour lesquels les données sur le facteur de risque sont disponibles (c.-à-d. N.-É.=1 171; N.-B.=1 053; Î.-P.-É.=196; T.-N.=150).*

** *Le maximum est estimé à partir de l'hypothèse selon laquelle seulement 30 % des cas de VHC ont été diagnostiqués et signalés.*

Figure 17. Points chauds du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse et de l'Île-du-Prince-Édouard

Figure 18. Points chauds de Terre-Neuve

*St. John's

En Nouvelle-Écosse, un certain nombre de points chauds ont été identifiés. Bien que la région centrale (Halifax-Dartmouth) semble avoir le plus grand nombre d'UDI, les répondants ont également insisté sur la fréquence de l'utilisation de drogues injectables dans la région nord de la province (en particulier dans les comtés de Cumberland et de Pictou) et dans la région est (Cap-Breton). Contrairement aux répondants des trois autres provinces de l'Atlantique, ceux de la Nouvelle-Écosse ont identifié un certain nombre de petites collectivités rurales comme étant des points chauds de l'utilisation des drogues injectables. Dans la région nord, par exemple, on considère que l'injection de drogues est particulièrement courante à Amherst, à New Glasgow, à Stellarton, à Pictou et à Trenton. Cette région comprend également une prison fédérale (établissement de Springhill) et une prison provinciale, toutes deux considérées comme des points chauds . En ce qui concerne la région est, les répondants ont insisté sur la fréquence de l'utilisation de drogues injectables dans la ville la plus importante du Cap-Breton (Sydney), ainsi que dans plusieurs collectivités isolées et rurales (c.-à-d. North Sydney, Sydney Mines, Glace Bay, New Waterford et Louisbourg).

Le problème de l'utilisation de drogues injectables est devenu très évident au Cap-Breton à cause d'une épidémie d'hépatite B survenue au début des années 1990. Depuis, divers services visant les UDI ont été mis sur pied (c.-à-d. programme d'échange de seringues, section de la Société canadienne de l'Hépatite C, organisme de lutte contre le sida). Comme on le verra à la section 3.6, une recherche antérieure a également corroboré la fréquence de l'usage de drogues injectables dans cette région, ainsi que des maladies transmissibles qui y sont associées (*The Eastern Region Project: Seroprevalence of HIV, Hepatitis B and Hepatitis C Viruses and High Risk Behaviours Among IDU and Sexual Partners of IDU*, Lior et Stratton, 1998).

Tableau 16 : Estimation du nombre d'UDI dans les « points chauds » provinciaux

Endroit	Nombre d'UDI estimé par les répondants
Nouveau-Brunswick	**500-2 000** [a]
Saint-Jean	100-500
Fredericton	100-300
Moncton (incluant le pénitencier de Dorchester)	300
Pénitencier de Dorchester	150-200
Nouvelle-Écosse	**800-2 500** [a]
Halifax-Dartmouth	500
Région du nord Comté de Cumberland (incluant l'établissement de Springhill et la prison provinciale) Comté de Pictou	 500 100
Cap-Breton	200
Établissement de Springhill	100-200
Île-du-Prince-Édouard	**200-1 000** [ab]
Terre-Neuve	**> 200** [ac]

a Les estimations provinciales sont fondées sur les renseignements fournis par les répondants.

b Les estimations ont été fournies pour la province seulement. Les appels de suivi ont révélé que les répondants considèrent Charlottetown et Summerside comme les régions où l'utilisation de drogues injectables est la plus répandue.

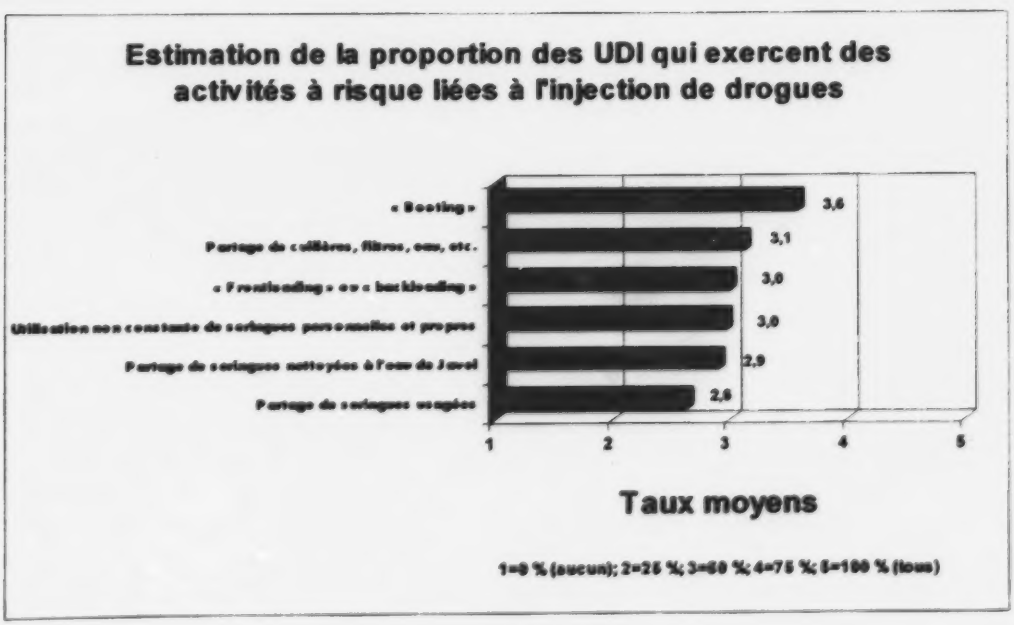
c Un seul répondant de Terre-Neuve a fourni une estimation.

3.5 Activités à risque liées à l'injection de drogues et aux pratiques sexuelles

3.5.1 Aperçu. La présente section donne les renseignements obtenus au moyen du questionnaire et des interviews sur les activités des UDI des provinces Atlantiques susceptibles de présenter un risque. Le questionnaire demandait d'estimer – sur une échelle d'évaluation en cinq points allant de 0 % (aucun) à 100 % (tous) – la fréquence de divers comportements à risque liés à l'injection de drogues et aux pratiques sexuelles des UDI. L'échelle comprenait des incréments de 25 % et il y avait une option aucune idée pour éviter les conjectures. Une question ouverte demandait d'ajouter tout autre renseignement dont les répondants pouvaient faire part sur la fréquence de l'utilisation des drogues injectables dans leur collectivité. Quant aux interviews, au lieu de mettre l'accent sur la fréquence des activités à risque, elles portaient de façon plus générale sur la réaction des UDI aux messages visant à réduire ces risques.

3.5.2 Utilisation risquée des seringues. La figure 19 illustre les réponses concernant l'estimation de la fréquence des divers comportements à risque liés à l'utilisation des seringues. Comme on le voit, les taux moyens vont d'un minimum de 2,6 (partage de seringues usagées) à un maximum de 3,6 (booting). Étant donné l'échelle d'évaluation en cinq points, ces taux indiquent que, de façon générale, les répondants ont estimé que le partage de seringues était fait par 25 % à 50 % des UDI de leur collectivité et le booting par 50 % à 75 % d'entre eux. On entend par booting l'aspiration du sang dans la seringue et l'injection de la solution une ou plusieurs fois. La fréquence des autres pratiques à risque liées à l'injection de drogues était estimée à environ 50 % (c.-à-d. des taux moyens de 2,9 à 3,1). Ces chiffres montrent que, dans l'ensemble, les répondants soutiennent que près de la moitié des UDI de leur collectivité partagent du matériel d'injection tels les cuillères, les filtres et l'eau, qu'ils font du frontloading et du backloading , qu'ils partagent des seringues usagées, et qu'ils partagent des seringues nettoyées à l'eau de Javel. On entend par frontloading et backloading le transfert d'une partie de la drogue en solution d'une seringue à une autre, par exemple en retirant le piston ou l'aiguille de la seringue d'une deuxième personne.

Figure 19



Le tableau 17 donne des renseignements additionnels concernant l'estimation de la proportion des UDI qui exercent les diverses activités à risque liées à l'injection de drogues, en incluant le pourcentage des répondants qui ont estimé les taux de fréquence à au moins 50 % (c.-à-d. des taux de 3, 4, ou 5 sur l'échelle d'évaluation en cinq points). La majorité des participants ont déclaré qu'au moins la moitié des UDI de leur collectivité n'utilisaient pas toujours des seringues personnelles et propres; qu'ils partageaient des seringues nettoyées à l'eau de Javel; qu'ils partageaient le matériel tels cuillères, filtres et eau; qu'ils faisaient du backloading et du frontloading ; qu'ils faisaient du booting (les proportions allant de 59 % à 71 %).

Des études antérieures ont rapporté que les pratiques tels le booting et le backloading peuvent également augmenter le risque de transmission du VIH, mais l'étendue réelle de ces comportements à risque parmi les UDI canadiens fait encore l'objet d'enquêtes (Laboratoire de lutte contre la maladie, 1999). D'après les résultats de la présente étude, le booting serait particulièrement fréquent. Comme l'a expliqué un des répondants, le booting est une pratique courante et il est un indicateur de la pureté d'une drogue. Le frontloading et le backloading sont utilisés surtout lorsqu'une seringue contient des caillots de sang. Le partage a probablement lieu surtout quand un toxicomane a absolument besoin de drogue.

> *Le booting , aussi appelé flagging , est la pratique courante. Il permet d'être sûr d'atteindre la veine; c'est un mécanisme de sécurité. Il permet de savoir si la drogue est pure, de contrôler quand on devient high . Si c'est trop, on arrête. Si ce n'est pas assez, on continue à injecter. S'il y a des caillots dans la seringue, on utilise le frontloading ou le backloading . Lorsque quelqu'un a absolument besoin de drogue, on peut partager.*

Tableau 17 – Estimation de la proportion des UDI qui exercent des activités à risque liées à l'injection de drogues et aux pratiques sexuelles

	Taux moyen	% de participants qui estiment la fréquence à au moins 50 %
Pratiques liées à l'utilisation de seringues		
Partage de seringues usagées	2,6	46,9 %
Partage de seringues nettoyées à l'eau de Javel	2,9	60,0 %
Utilisation non constante de seringues personnelles et propres	3	59,3 %
Frontloading ou backloading	3	68,0 %
Partage de cuillères, filtres, eau, etc.	3,1	60,0 %
Booting	3,6	71,4 %
Pratiques sexuelles		
Participation à l'industrie du sexe	3,3	23,1 %*
Pratiques sexuelles risquées avec des clients de l'industrie du sexe	3,9	52,4 %
Pratiques sexuelles risquées avec des partenaires occasionnels	4,2	77,1 %
Pratiques sexuelles risquées avec des partenaires réguliers	4,7	90,9 %

** Cependant, plus des deux tiers des participants (69 %) ont estimé qu'environ 25 % des UDI de leur collectivité étaient impliqués dans l'industrie du sexe.*

3.5.3 Pratiques sexuelles à risque. La figure 20 montre la fréquence de diverses activités sexuelles dangereuses, y compris les pratiques sexuelles risquées avec des partenaires réguliers, avec des partenaires occasionnels et avec des clients de l'industrie du sexe, ainsi que la participation à l'industrie du sexe. Les moyennes varient d'un minimum de 3,3 (participation à l'industrie du sexe) à un maximum de 4,7 (pratiques sexuelles risquées avec des partenaires réguliers), ce qui montre que la majorité des UDI du Canada Atlantique semblent participer à diverses activités dangereuses, la plus courante étant les pratiques sexuelles risquées avec des partenaires réguliers (de 75 % à 100 %). Bien que légèrement inférieure, la fréquence des pratiques sexuelles risquées avec des partenaires occasionnels et avec des clients de l'industrie du sexe a été évaluée à environ 75 %. En général, les répondants ont indiqué qu'environ la moitié de tous les UDI de leur collectivité participaient à l'industrie du sexe, et plus des deux tiers (69 %) des répondants ont estimé cette participation à un quart des UDI.

Le tableau 17 souligne la fréquence parmi les UDI de pratiques sexuelles risquées avec des partenaires réguliers et occasionnels, et il montre la fréquence des pratiques sexuelles risquées de certains UDI avec des clients de l'industrie du sexe. Les réponses à la question ouverte sur les activités à risque liées à l'utilisation des seringues et aux pratiques sexuelles donnent un aperçu additionnel de la fréquence de ces activités (tableau 18). Comme on le voit, la majorité des participants ont profité de cette occasion pour 1) préciser certains des facteurs associés à la prise de risques, 2) faire remarquer le manque de renseignements sur les comportements dangereux associés à l'injection de drogues et aux pratiques sexuelles, 3) insister sur la nécessité d'améliorer les efforts de réduction des méfaits.

Figure 20

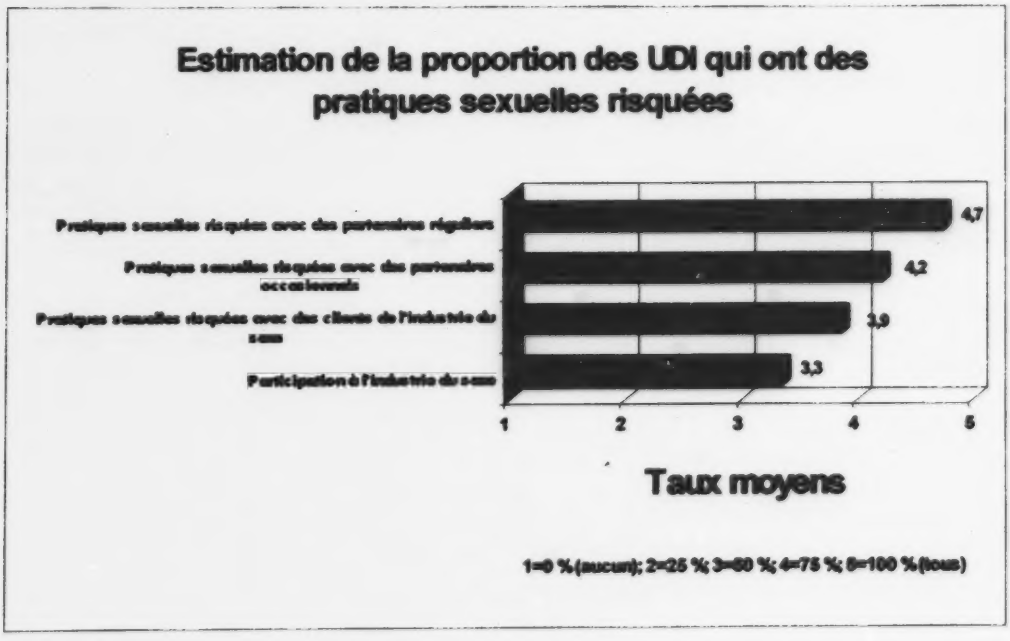


Tableau 15 : Commentaires additionnels sur les comportements à risque liés à l'injection de drogues et aux pratiques sexuelles (n = 21)

Précision sur les facteurs liés aux comportements à risque

Certains échangent le sexe pour la cocaïne (les prostitués de la cocaïne). Moncton (N.-B.)

La plupart des UDI vivent dans le moment présent . Ils prévoient peu ou pas du tout leur besoin de seringues ou leurs rencontres sexuelles. Pénitencier de Dorchester, Dorchester (N.-B.)

Les utilisateurs de drogues injectables et les travailleurs de l'industrie du sexe utilisent des seringues propres et ils ont des pratiques sexuelles à risques réduits lorsqu'ils ont accès au matériel. Cependant, ils n'aiment pas aller dans les organismes parce qu'ils se font remarquer et que cela les gêne. Saint-Jean (N.-B.)

Les rapports sur les jeunes qui s'injectent des drogues indiquent qu'ils ne partagent pas les seringues, mais qu'ils partagent encore les réchauds . Fredericton (N.-B.)

Le booting , aussi appelé flagging , est la pratique courante. Il permet d'être sûr d'atteindre la veine; c'est un mécanisme de sécurité. Il permet de savoir si la drogue est pure, de contrôler quand on devient high . Si c'est trop, on arrête. Si ce n'est pas assez, on continue à injecter. Sydney (N.-É.)

Il est difficile pour moi de généraliser parce que le tiers des UDI de ma collectivité sont dans un établissement correctionnel fédéral et dans une prison provinciale. Je dirais qu'au moins 75 % ont des activités à risque associées à l'injection de drogues et aux pratiques sexuelles, en particulier lorsqu'ils consomment de l'alcool. Dans les régions rurales, l'alcool joue un rôle important. Amherst (N.-É.)

Les prostituées qui cherchent un high ne penseront peut-être pas aux pratiques sexuelles à risques réduits. Tout ce qu'elles veulent, c'est de l'argent pour le prochain high . Les clients des prostituées s'en fichent ou n'y pensent pas. Halifax (N.-É.)

Lorsque vous êtes high , vous vous arrangez avec ce que vous avez. Vous n'avez pas envie de sortir pour aller chercher des seringues. Halifax (N.-É.)

Manque de renseignements

Comme vous pouvez le constater, nous n'avons pas de profil des UDI dans notre collectivité. Moncton (N.-B.)

Je pense qu'un grand nombre des questions de votre questionnaire n'ont jamais fait l'objet d'une recherche auparavant. Il est donc difficile d'y répondre adéquatement. Halifax (N.-É.)

Il est difficile d'obtenir une image de la collectivité parce que les UDI ne viennent pas tous chercher des services auprès de notre agence. St. John's (T.-N.)

Aucune statistique n'a été faite sur la fréquence. Depuis 1984, parmi les personnes qui ont subi un test de dépistage du VIH/sida, seulement 7 ont indiqué l'utilisation de drogues injectables comme source possible d'infection. Le comité local sur le sida a distribué 300 seringues en 1998. St. John's (T.-N.)

Il est impossible de connaître ces pourcentages sans faire une enquête/étude. Les utilisateurs de drogues que je rencontre font partie d'une clientèle mixte; ils ne sont pas traités dans une clinique individuelle. St. John's (T.-N.)

Besoin d'amélioration des efforts de réduction des méfaits

La prise de risques est probablement beaucoup plus élevée que ce qu'on soupçonne. Fredericton (N.-B.)

Il est très difficile de transmettre à cette collectivité un message sur la réduction des méfaits. Saint-Jean (N.-B.)

La réduction des pratiques dangereuses n'est une priorité pour aucun des services qui disent viser cette population. La réduction des méfaits doit être adoptée non seulement par les personnes qui utilisent des drogues injectables, mais aussi par l'ensemble de la collectivité. Sydney (N.-É.)

On a besoin de plus de programmes de sensibilisation pour aider à prévenir l'utilisation de drogues injectables. On a aussi besoin d'un programme d'échange de seringues pour les UDI de l'Île-du-Prince-Édouard. O'Leary (Î.-P.-É.)

Divers

Je ne sais pas s'il y a des conséquences du point de vue sexuel... J'aurai une meilleure base de renseignements lorsque le programme sera étendu. D'après les renseignements à l'admission, la plupart de nos clients disent ne pas partager les seringues. Les rares clients qui admettent les partager ont aussi tendance à partager [à transmettre] l'hépatite C. Dans un proche avenir, nous prévoyons étendre nos activités pour inclure des programmes d'échange de seringues, d'éducation sur la réduction des méfaits, de traitement de maintien à la méthadone, etc. Miramichi (N.-B.)

Nous ne savions pas qu'il y a avait des UDI dans nos collectivités [autochtones], mais on nous a parlé de la situation et des problèmes associés aux UDI. Halifax (N.-É.)

Il est facile d'obtenir des seringues dans les hôpitaux et dans les pharmacies et beaucoup en profitent. Ils semblent avoir des relations sexuelles entre eux. Summerside (Î.-P.-É.)

[Traduction libre]

3.5.4 Réactions aux messages sur la réduction des risques liés à l'utilisation des seringues et aux pratiques sexuelles. Les interviews ont permis d'obtenir des renseignements importants sur l'efficacité des messages sur la réduction des risques liés à l'utilisation des seringues et aux pratiques sexuelles qui s'adressent actuellement aux UDI. Les principaux résultats peuvent être résumés sous huit thèmes :

Pour transmettre les messages efficacement, il est essentiel d'établir ou de gagner la confiance des UDI au cours d'une rencontre individuelle.

Les messages sont plus crédibles et ils ont plus de répercussions lorsqu'ils sont transmis par des pairs ou par des aidants naturels (c.-à-d. des anciens utilisateurs).

Les messages concernant la réduction des risques liés à l'utilisation des seringues sont habituellement mieux reçus des UDI que les messages sur les pratiques sexuelles moins risquées. Les UDI sont généralement mieux renseignés sur la réduction des risques liés à l'utilisation de seringues et il y a plus de chances qu'ils adoptent des comportements moins dangereux dans ce cas que dans le cas des pratiques sexuelles.

Le partage des cuillères et des filtres est beaucoup plus fréquent que le partage des seringues et cela semble être l'activité risquée la plus répandue en ce qui concerne l'injection de drogues. Bien que le booting soit une pratique courante, ses conséquences sur la transmission des maladies sont moins connues.

Un grand nombre d'UDI craignent d'aller chercher des seringues propres. Bien que beaucoup de clients des programmes d'échange de seringues soient habituellement réceptifs aux messages sur la réduction des risques liés à l'utilisation des seringues, la plupart des programmes d'échange de seringues ne touchent que la partie émergée de l'iceberg (c.-à-d. une très faible proportion des UDI de leur collectivité).

Les messages sont habituellement moins efficaces lorsqu'ils sont transmis à un utilisateur qui est très high .

Dans le milieu carcéral, il est plus facile de transmettre les messages sur la réduction des risques associés à l'injection de drogues qu'aux pratiques sexuelles, étant donné que très peu de détenus admettent avoir des expériences homosexuelles.

Tout comme les autres jeunes, un grand nombre de jeunes UDI (y compris des détenus) ont l'impression d'être invincibles et ils risquent plus que les utilisateurs plus âgés de ne pas tenir compte des messages sur la réduction des méfaits.

Plusieurs des thèmes ci-dessus ont été habilement résumés dans une déclaration d'une ancienne utilisatrice :

> *La façon de réagir des utilisateurs dépend de la façon de présenter le message. Le message ne doit pas porter de jugement, il doit être direct et il ne doit pas être emmerdant . La méthode de l' aidant naturel est la meilleure. On fait moins confiance aux messages qui viennent d'un organisme gouvernemental. L'éducation individualisée est importante (p. ex. on ne peut pas avoir un groupe de réflexion avec des UDI ou donner une séance d'éducation de groupe). Habituellement, les messages ne sont pas aussi importants lorsque la personne est high .* [Traduction libre]

3.5.5 Autres risques pour la santé. Bien que cette question n'ait pas été précisée dans le questionnaire écrit, les répondants interviewés ont eu l'occasion de commenter tout autre risque pour la santé auquel seraient exposés les UDI. Étant donné que le questionnaire et le guide d'interview avaient tous deux traités du VIH/sida et de l'hépatite B et C, on a demandé aux participants de penser à d'autres risques possibles pour la santé. Ceux-ci ont indiqué une multitude de risques pour la santé physique et psychosociale, énumérés au tableau 19. Notons que les abcès ont été mentionnés par la majorité des participants, mais que le tableau énumère les problèmes par ordre alphabétique et non par ordre de fréquence ou de priorité.

Tableau 19 : Liste des autres complications et problèmes de santé possibles

Physiques	Psychosociaux
Abcès (en particulier avec le MS Contin) Action immunosuprressive générale (incapacité de combattre les infections) Autres infections localisées dues à un mauvais soin des veines Cellulite Complications dues au sevrage Décès Endocardite Kystes Maladie du foie Maladies transmises sexuellement Malnutrition Surdoses Perte de mémoire Phlébite Troubles du sommeil Tuberculose	Agressions/abus sexuels Clochardise Crime Incarcération Marginalisation sociale et économique Pauvreté Problèmes de santé mentale (p. ex. dépression, anxiété) Suicide Violence

3.6 Dépistage et fréquence des maladies transmissibles

3.6.1 Aperçu. Tel qu'indiqué auparavant, l'une des quatre principales questions de la présente étude était : *Que savons-nous de la prévalence du VIH, de l'hépatite B, de l'hépatite C, et des autres maladies transmissibles parmi les utilisateurs de drogues injectables de la région?* Les réponses à cette question proviennent de plusieurs sources : 1) l'*enquête épidémiologique provinciale* (conçue précisément pour recueillir des données provinciales sur l'épidémiologie et sur la surveillance du VIH/sida, de l'hépatite B, et de l'hépatite C en tenant compte de la fréquence de l'utilisation des drogues injectables comme facteur de risque); 2) le *questionnaire à l'intention des répondants* (demandant d'estimer la proportion d'UDI de leur collectivité qui avaient participé à un test de dépistage de ces maladies transmissibles, puis d'estimer la proportion dont le résultat était positif); 3) les *interviews des répondants* (demandant aux participants de façon plus générale de commenter la prévalence des maladies transmissibles parmi la population des UDI de leur collectivité); 4) les *documents de recherche publiés* (c.-à-d. les études effectuées au Canada Atlantique dans le domaine de l'utilisation de drogues injectables et des maladies transmissibles).

3.6.2 Cas signalés. Les données épidémiologiques sur les cas de VIH/sida, d'hépatite B et d'hépatite C signalés jusqu'à la fin de 1999 ont été obtenues auprès des quatre ministères provinciaux de la santé. Les données concernant la proportion des cas signalés dont un facteur de risque était l'utilisation de drogues injectables ont été fournies pour le VIH/sida et pour l'hépatite C. Cependant les données sur la surveillance de l'hépatite B et sur ses facteurs de risque sont particulièrement rares et elles ne sont pas consignées de manière homogène dans toute la région (voir le tableau 20). Ainsi, le Nouveau-Brunswick enregistre seulement les cas aigus de VHB alors que les autres provinces enregistrent tous les cas dont la sérologie donne un résultat positif pour le VHB. De plus, l'Île-du-Prince-Édouard n'a pas de base de données sur le VHB; la base de données sur le VHB de la Nouvelle-Écosse ne fait pas la répartition entre les sexes; et aucune province n'a recueilli de renseignements sur les facteurs de risque connexes.

Comme le montre le tableau 20, les rapports provinciaux de surveillance indiquent que l'hépatite C est la plus répandue de ces trois maladies transmissibles, et ce, dans toute la région de l'Atlantique. Le plus grand nombre de cas se trouve en Nouvelle-Écosse (2 197) et au Nouveau-Brunswick (1 503); quant à Terre-Neuve et à l'Île-du-Prince-Édouard, elles comptent respectivement 321 cas et 240 cas. L'hépatite B et le VIH/sida sont relativement moins répandus, bien que certainement présents. Le nombre de cas de VIH/sida signalés variait entre 37 à l'Île-du-Prince-Édouard et 529 en Nouvelle-Écosse; Terre-Neuve et le Nouveau-Brunswick comptaient respectivement 202 cas et 365 cas. Bien que la prévalence générale du VHB ne soit pas connue au Nouveau-Brunswick, les données provenant des autres provinces indiquent qu'elle est également plus élevée que celle du VIH/sida (p. ex. la Nouvelle-Écosse compte près de 1 000 cas de VHB), mais moins que celle de l'hépatite C.

Une étude des rapports sur le VIH/sida et sur l'hépatite C selon le sexe et selon l'utilisation de drogues injectables comme facteur de risque ont mis en évidence deux tendances principales :

Il existe une différence significative entre les sexes dans le nombre de cas de VIH/sida et d'hépatite C signalés.

Les hommes forment la majorité de tous les cas signalés, allant de 77 % (T.-N.) à 90 % (N.-B.) pour le VIH/sida, et de 64 % (N.-É.) à 75 % (N.-B.) pour le VHC.

D'après le nombre de cas signalés, l'utilisation de drogues injectables est un facteur de risque proportionnellement beaucoup plus grand pour l'hépatite C que pour le VIH/sida.

Ainsi, l'utilisation de drogues injectables a été reconnue comme facteur de risque à Terre-Neuve et au Nouveau-Brunswick dans respectivement 4 % et 15 % environ des cas de VIH/sida, mais dans respectivement 50 % et 41 % des cas d'hépatite C.

Tableau 20 : Renseignements épidémiologiques sur le VIH/sida, le VHC et le VHB

	N.-B.[a]		N.-É.		Î.-P.-É.		T.-N.	
	N[bre] de cas	% du total	N[bre] de cas	% du total	N[bre] de cas	% du total	N[bre] de cas	% du total
1. VIH/sida[b]								
Hommes	327	89,6 %	468	88,5 %	n.d.[d]	n.d.	155	76,7 %
Femmes	38	10,4 %	61	11,5 %	n.d.	n.d.	47	23,3 %
Non précisé	--	--	--	--	n.d.	n.d.	--	--
Total	365	100,0 %	529[c]	100,0 %	37	100,0 %	202	100,0 %
Drogues injectables comme facteur de risque	53	14,5 %	67[c]	12,6 %	1	2,7 %	8	4,1 %
2. VHC[e]								
Hommes	787	74,7 %	1397	63,6 %	157	65,4 %	227	70,7 %
Femmes	261	24,8 %	799	36,4 %	83	34,6 %	94	29,3 %
Non précisé	5	0,5 %	1	<1,0 %	--	--	--	--
Total	1 053	100,0 %	2 197	100,0 %	240	100,0 %	321	100,0 %
Drogues injectables comme facteur de risque[f]	429	40,7 %	639	54,6 %	105	53,6 %	75	50,0 %
3. VHB[g]								
Hommes	55	63,2 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	164	58,0 %
Femmes	32	36,8 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	119	42,0 %
Non précisé	--	--	977	100,0 %	n.d.	n.d.	--	--
Total	87[h]	100,0 %	977	100,0 %	n.d.	n.d.	283	100,0 %
Drogues injectables comme facteur de risque	**Aucune base de données provinciale ne contient ce renseignement**							

a Toutes les données de 1999 pour le Nouveau-Brunswick sont provisoires.

b Période visée : N.-B. (1985-1999); N.-É. (1983-1999); Î.-P.-É. (1985-1999); T.-N. (1984-1999).

c Les données de la Nouvelle-Écosse sont fondées sur le nombre total de cas de VIH signalés de 1983 à 1997 dans le Surveillance Report: HIV, AIDS in Nova-Scotia *(Nova-Scotia Department of Health, 1998) auquel s'ajoute le nombre de cas de VIH signalés en 1998 et en 1999.*

d Non disponibles.

e Période visée : N.-B. (1989-1999); N.-É. (1990-1999); Î.-P.-É. (1990-1999); T.-N. (1984-1999).

f Les pourcentages sont fondés sur le nombre de cas pour lesquels les données sur le facteur de risque étaient disponibles (c.-à-d. N.-É.=1 171; N.-B.=429; Î.-P.-É.=196; et T.-N.=150).

g Période visée : N.-B. (1994-1999); N.-É. (1985-1999); Î.-P.-É. (n.d.); T.-N. (1996-1999).

h Seuls les cas aigus d'hépatite B sont rapportés.

3.6.3 Estimation de la fréquence du dépistage et des taux d'infection. Les données épidémiologiques provinciales présentées ci-dessus sous-estiment probablement la prévalence réelle de ces maladies transmissibles au Canada Atlantique. Elles représentent seulement le nombre de cas diagnostiqués et signalés et elles n'incluent pas les personnes infectées qui n'ont pas subi de test de dépistage, ni celles qui ont subi un test de dépistage mais dont le résultat n'a pas été signalé au ministère provincial de la santé. Les questionnaires et les interviews ont fourni des renseignements additionnels sur la fréquence des tests de dépistage du VIH, du VHB et du VHC, ainsi que sur la prévalence de ces maladies parmi les UDI du Canada Atlantique.

Le tableau 21 donne les résultats quantitatifs des réponses à la question demandant d'estimer la proportion des UDI de la collectivité qui ont subi un test de dépistage pour chacune de ces trois maladies transmissibles. Encore une fois, on a utilisé une échelle d'évaluation en cinq points allant de 1 (0 % – aucun) à 5 (100 % – tous), avec des incréments de 25 %. Le tableau donne les taux moyens, de même que le pourcentage des répondants qui ont estimé que pas plus du quart ou de la moitié des UDI de leur collectivité avaient subi un test de dépistage.

Tableau 21 : Estimation de la proportion des UDI qui ont subi un test de dépistage du VIH, du VHB et du VHC

	Taux moyens	% des participants estimant le taux de fréquence à ¼ ou moins	% des participants estimant le taux de fréquence à ½ ou moins
VIH	2,6	57,1 %	85,7 %
Hépatite B	2,7	50,0 %	82,1 %
Hépatite C	2,8	43,3 %	80,0 %

Comme on le voit, il y a très peu de variations entre les taux moyens qui vont de 2,6 (VIH) à 2,8 (VHC). Ces chiffres indiquent que, dans l'ensemble, les répondants ont estimé que plus d'un quart mais moins de la moitié des UDI de leur collectivité avaient subi un test de dépistage de ces maladies transmissibles. Les pourcentages des deux dernières colonnes donnent à penser que la majorité des UDI de la région n'ont pas subi de test de dépistage. Bien qu'on estime que le nombre d'UDI ayant subi un test de dépistage soit un peu plus élevé dans le cas de l'hépatite C que dans le cas du VIH ou de l'hépatite B, la grande majorité (80 %) des répondants soutiennent que pas plus de 50 % des UDI ont subi un test de dépistage du VHC.

On a également demandé aux participants d'estimer le pourcentage des UDI de leur collectivité qui ont eu un résultat positif pour le VIH, le VHB et le VHC. La grande majorité des participants (73 %, 81 % et 85 % respectivement pour le VHC, le VIH et le VHB) ont indiqué ne pas le savoir. Parmi la minorité des participants qui ont fourni une estimation, les réponses variaient de 1 % à 50 % pour le VIH et pour le VHB et de 15 % à 90 % pour le VHC. Étant donné la diversité des collectivités auxquelles les participants faisaient référence, la grande variation des estimations et le très petit nombre de participants qui ont répondu à cette question, ces données ne nous éclairent pas beaucoup sur la situation et elles doivent être interprétées avec une extrême prudence.

Les renseignements les plus importants concernant la prévalence des maladies transmissibles parmi les UDI de la région de l'Atlantique ont été tirés des rapports de recherche publiés et fournis par les interviews plus détaillées des répondants. Les principaux thèmes concernant la fréquence des tests de dépistage de même que les taux d'infection sont résumés ci-après.

La prévalence de l'hépatite C est très élevée parmi les UDI du Canada Atlantique. Par exemple :

Mainline Needle Exchange estime que de 85 % à 90 % de tous ses clients sont infectés par le VHC;

Un répondant du Cap-Breton soutient que de 80 % à 90 % de tous les UDI qui ont subi un test de dépistage ont le VHC;

Un médecin de la North End Community Clinic de Halifax estime qu'environ 50 % des UDI qu'il traite ont eu un résultat positif pour le VHC;

On pense que tous les clients qui ont actuellement accès à un des programmes d'échange de seringues du Nouveau-Brunswick sont atteints de l'hépatite C.

L'hépatite C est la maladie transmissible dont la prévalence est la plus élevée parmi les UDI de la région.

Il y a habituellement moins de chances que les répondants fournissent une estimation de la prévalence du VIH ou de l'hépatite B que celle de l'hépatite C, mais ils considèrent toutefois que les taux sont beaucoup moins élevés que celui de l'hépatite C.

Bien que le VIH soit moins répandu que l'hépatite C, plusieurs répondants ont noté la difficulté pour un grand nombre d'UDI d'admettre qu'ils sont séropositifs pour le VIH et que, par conséquent, il est très difficile de déterminer l'étendue réelle de l'infection à VIH. Comme l'a déclaré un répondant : *Tout le monde a l'hépatite C ... C'est facile d'en parler.* [Traduction libre]

La prévalence de l'hépatite B parmi les UDI de la région est probablement moindre que celle de l'hépatite C étant donné qu'on a offert un vaccin contre l'hépatite A et B à un grand nombre d'entre eux et qu'ils sont donc immunisés.

De façon générale, un plus grand nombre d'UDI subissent un test de dépistage de l'hépatite C que de l'hépatite B ou du VIH. Ainsi, une infirmière des Services correctionnels du Canada estime que 90 % des demandes de test de dépistage qu'elle reçoit concernent l'hépatite C .

Les études régionales de séroprévalence corroborent la prévalence de diverses maladies transmissibles, et soulignent à quel point l'hépatite C est courante parmi les UDI.

The Eastern Region Project, par exemple, a été réalisé en 1996-1997 au Cap-Breton par le Nova Scotia Department of Health en partenariat avec le Laboratoire de lutte contre la maladie (Lior et Stratton, 1998). Un des principaux objectifs de l'étude était d'estimer la séroprévalence du VIH, du VHB et du VHC parmi les UDI et les non-UDI qui avaient des relations sexuelles avec des UDI.

Au total, 92 UDI et 80 partenaires sexuels non UDI ont participé à la recherche. Parmi les UDI, les taux de séroprévalence étaient de 5 %, 23 % et 47 % respectivement pour le VIH, le VHB et le VHC. Parmi les partenaires sexuels non UDI, les taux étaient considérablement plus faibles (1 % pour le VIH et le VHC et 5 % pour le VHB).

Les données sur les taux de séroprévalence de diverses maladies transmissibles parmi les détenus fédéraux de la région Atlantique mettent en évidence la fréquence de l'infection parmi la population carcérale et en particulier parmi les détenus qui s'identifient comme des UDI. En résumé, d'après l'*Étude épidémiologique de Springhill* de 1997 (Service correctionnel du Canada, Santé Canada, et Nova Scotia Department of Health, 1999) :

le taux de prévalence du VIH était de 1 % parmi les détenus participant à l'étude (c.-à-d. 10 fois plus que dans la population générale) et de 2 % parmi les UDI;

le taux de prévalence du VHB était de 10,6 % pour les détenus participant à l'étude et de 18,6 % parmi les UDI;

le taux de prévalence du VHC était de 27 % parmi les détenus participant à l'étude et de 52 % parmi les UDI.

3.7 Commentaires additionnels

Un total de 25 participants (33 %) ont répondu à la question : *Avez-vous d'autres commentaires sur tout aspect de la présente enquête?* Une analyse qualitative des réponses a révélé quatre thèmes principaux qui, dans l'ensemble, corroborent les résultats présentés précédemment : 1) Besoin de renseignements et de mesures additionnels concernant l'utilisation des drogues injectables (p. ex. manque de renseignements sur la fréquence; connaissances ou compréhension insuffisantes des problèmes auxquels font face les UDI); 2) Besoin de programmes d'éducation et de prévention dans ce domaine (p. ex. efforts coordonnés visant à réduire la fréquence de l'utilisation de drogues injectables et à faire connaître les risques et les dangers associés; besoin de renforcer les efforts d'aide des professionnels et des aidants naturels ; besoin de faire de l'éducation au moyen des médias et dans les programmes scolaires); 3) Besoin d'amélioration des traitements (p. ex. maintien à la méthadone) et du counselling (p. ex. besoin d'incorporer le counselling aux programmes de traitement de maintien à la méthadone); 4) Renseignements démographiques et sur les comportements à risque (p. ex. déménagement des UDI dans les grands centres ou à partir des grands centres; rôle de l'alcool dans l'initiation à la consommation de drogues injectables; conséquences des tests d'analyse d'urine sur les taux d'UDI dans les prisons fédérales). Les questions ou problèmes mentionnés une seule fois et qui n'entraient dans aucune des catégories ci-dessus ont été regroupés sous le titre Divers . La présente section conclut par une liste des derniers commentaires des participants regroupés par thème (tableau 22).

Tableau 22 : Commentaires additionnels (n = 25)

Besoin de renseignements et de mesures additionnels concernant l'utilisation des drogues injectables

C'est un plaisir de voir que ce travail est fait. Bien que les travailleurs de notre collectivité reconnaissent la nécessité de réagir aux problèmes associés aux drogues injectables, nous avons très peu de renseignements généraux à ce sujet. Nous reconnaissons également la nécessité de faire participer la population des UDI, mais nous avons besoin d'aide et d'orientation dans ce domaine. Nous avons beaucoup à faire avant de pouvoir dire mettons en place un programme d'échange de seringues ou de réduction des méfaits. Les résultats de cette recherche vont nous donner des renseignements dont nous avons besoin. SIDA AIDS Moncton, Moncton (N.-B.)

Je trouve qu'on n'a pas beaucoup de renseignements sur la situation des UDI dans la région de Moncton. Services de santé publique, Moncton (N.-B.)

Tous ceux qui ont un résultat positif pour l'hépatite C ou pour le VIH sont interrogés par un infirmier-hygiéniste (très peu refusent de nous parler). Un grand nombre d'entre eux déclarent avoir déjà été des UDI à un moment donné et dans une autre région. Peu admettent utiliser des drogues injectables à ce moment-là (bien que d'après les journaux locaux, l'utilisation de drogues se poursuive). Je ne sais absolument pas combien il y a d'UDI dans la région 2. Nous en connaissons certains qui sont seulement de passage dans la région. Services de santé publique, Saint-Jean (N.-B.)

Il est difficile de faire une estimation quand on ne connaît pas le dénominateur. Public Health Services, Dartmouth (N.-É.)

Il n'y a pas de programme d'échange de seringues dans la localité. Je ne sais pas qui dispose de tous ces renseignements dans ma région. Je pourrais peut-être trouver dans les travaux de recherche des renseignements et voir comment faire de l'éducation. Public Health Services, Yarmouth (N.-É.)

Je suis d'accord qu'il faut offrir beaucoup plus d'aide et de compréhension aux UDI. Établissement de Springhill, Springhill (N.-É.)

J'aimerais participer à un comité mis sur pied pour étudier les problèmes auxquels font face les personnes qui utilisent des drogues injectables. Sharp Advice Needle Exchange, Sydney (N.-É.)

D'après ce que je sais, il n'y a pas beaucoup d'UDI dans notre région. La plupart des personnes consomment de l'alcool, ou du cannabis-marijuana ou du hachisch sous une forme ou une autre. Toutefois, je ne peux pas dire avec assurance qu'il n'y a pas d'UDI dans la région. Aucun n'a été signalé par les clients ou par les autres personnes de la collectivité. Addiction Services, St. Anthony (T.-N.)

Je n'ai pas vraiment autre chose à ajouter. L'utilisation de drogues injectables et ses répercussions sont des problèmes en train de se développer dans la région. Nous n'avons fait aucune étude sur la fréquence dans ce domaine. Nous ne connaissons pas exactement l'étendue du problème. Toute utilisation de drogues doit être un sujet de préoccupation, mais selon la fréquence (anecdotique), il ne s'agit pas d'un problème statistique qui exige une intervention immédiate. Toutefois, il faudrait effectuer des études pour confirmer cela et planifier des méthodes rationnelles de prévention et des programmes d'intervention précoce. Conseiller provincial en toxicomanie, Health and Community Services, Saint John's (T.-N.)

Besoin de programmes d'éducation et de prévention dans ce domaine

J'espère que cette enquête va aider à réunir les partenaires pour faire un effort coordonné en vue de réduire la fréquence de l'utilisation des drogues injectables, de faire de l'éducation sur les risques et les dangers à l'intention des personnes de tous les âges, d'augmenter les habiletés d'adaptation des personnes à risque et de renforcer les efforts d'aide par les professionnels et par les aidants naturels . Pour nous qui essayons de répondre aux besoins des UDI, une formation serait très utile. Services de santé publique, Fredericton (N.-B.)

Il faudrait placer des messages publicitaires régulièrement dans les médias – à la radio, à la télévision, à la télévision collective, et que ce soit organisé par Santé Canada. On a besoin de travailler avec le ministère provincial de l'Éducation pour avoir des ressources pour ajouter la prévention au programme scolaire. Services de santé publique, Miramichi (N.-B.)

L'éducation est notre meilleure arme pour combattre ce problème. Quand un vendeur de drogues se fait prendre, un autre apparaît. Ce serait un rêve devenu réalité si on arrivait à supprimer le marché... à mettre les vendeurs en chômage par manque de demande. Summerside Police Services (Î.-P.-É.)

Besoin d'amélioration des traitements (p. ex. maintien à la méthadone)

Dans ma collectivité (incluant la prison et la population générale), le problème de consommation de narcotiques est en grande majorité un problème de consommation orale de médicaments (c.-à-d. des médicaments d'ordonnance : morphine, Dilaudid et Percocet). Il n'y a pas de traitement offert à ces personnes (c.-à-d. de programme de traitement de maintien à la méthadone). Établissement Westmorland, Dorchester (N.-B.)

Le centre de désintoxication de Moncton fait régulièrement le dépouillement de statistiques susceptibles de vous intéresser. Il y a entre 10 et 20 utilisateurs de méthadone dans la région de Moncton. Le programme de maintien à la méthadone n'offre pas de counselling. Les utilisateurs disent qu'ils prennent de la méthadone pour économiser pour acheter plus de cocaïne. Médecin, Moncton (N.-B.)

Renseignements démographiques et sur les comportements à risque

Dans notre collectivité , les utilisateurs de drogues injectables sont un pourcentage minuscule et ce sont habituellement des gens qui reviennent d'une autre petite ville, d'une grande ville ou d'un pénitencier. Section antidrogue de la GRC, Bathurst (N.-B.)

J'ai pris la liberté de demander à quelques utilisateurs de remplir la dernière page. J'espère que ça vous aidera. Le booting ou flagging est la pratique courante. S'il y a des caillots dans la seringue, on utilise le frontloading ou le backloading . Lorsque quelqu'un a absolument besoin de drogue, on peut partager. Cape Breton Chapter of the Hepatitis C Society of Canada, Cap-Breton (N.-É.)

On ne mentionne pas le rôle de l'alcool parmi les UDI, en particulier pour les utilisateurs dont c'est la première fois. La plupart rapportent qu'ils étaient saouls la première fois. De plus, les détenus fédéraux rapportent qu'ils utilisent des drogues injectables pour échapper au test d'urine, alors qu'ils utiliseraient probablement du cannabis si c'était possible. Ça aurait été bien d'avoir plus d'espace. Services de santé publique, Amherst (N.-É.)

Divers

Vous pouvez m'appeler ou m'écrire par courrier électronique... Je pourrais vous donner d'autres renseignements susceptibles de vous aider. Merci. Travailleuse d'un programme d'extension des services, Saint-Jean (N.-B.)

La plus grande partie de mes connaissances provient du travail sur la rue avec les utilisateurs d'héroïne et aussi des enquêtes que j'ai faites sur l'obtention d'ordonnances multiples. Programme de sensibilisation aux drogues de la GRC, Charlottetown (Î.-P.-É.)

La John Howard Society aimerait recevoir de la documentation qu'elle pourrait photocopier au sujet des soins personnels après un diagnostic d'hépatite C. John Howard Society of Nova Scotia, Halifax (N.-É.)

Il est difficile de répondre à ces questions étant donné que mon domaine de travail est le dépistage et le counselling pour les MTS. Je rencontre des utilisateurs de drogues parmi mes clients et je fais affaire avec eux de manière individuelle, mais non comme groupe. Je ne peux donc pas généraliser et tout pourcentage que je pourrais donner ne serait que conjecture. Si je peux vous aider autrement qu'en répondant à ce questionnaire, n'hésitez pas à m'appeler. Health and Community Services, St. John's (T.-N.)

Actuellement, il y a très peu d'héroïne à Halifax. Il y en a eu pendant quelques temps l'an dernier, mais la qualité n'était pas bonne. Avec les opiacés comme le Dilaudid, vous savez ce que vous achetez, vous savez que vous allez être high . Mainline Needle Exchange, Halifax (N.-É.)

[Traduction libre]

4.0 BIBLIOGRAPHIE

Grandy, T. *New Occupational Hazards of Career Addicts: Main Line Intravenous Needs Assessment.* Halifax: Main Line Needle Exchange, 1995.

Groupe de travail sur le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection. *Le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection : Un plan d'action national.* Ottawa, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies et Association canadienne de santé publique, 1997.

Laboratoire de lutte contre la maladie, *Actualités du Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada.* Ottawa, Santé Canada, Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, mai1999.

Lior, L., et E. Stratton. *The Eastern Region Project: Seroprevalence of HIV, Hepatitis B and Hepatitis C Viruses and High Risk Behaviours Among IDU and Sexual Partners of IDU.* Halifax, The Nova Scotia Department of Health, 1998.

McAmmond, D. *Document de travail sur les soins, le traitement et le soutien à donner aux utilisateurs de drogues par injection vivant avec le VIH ou le sida.* Rapport de consultation. Ottawa, Santé Canada, mars 1997.

Nova Scotia Department of Health. *Surveillance Report: HIV, AIDS in Nova Scotia.* Halifax: Strategic Health Services Branch, 1998.

Ploem, C. *Analyse de l'environnement portant sur l'infrastructure et sur les ressources en matière de prévention dans la région de l'Atlantique.* Halifax, Direction générale de la promotion et des programmes de la santé, 2000.

Poulin, C. Une épidémie d'hépatite B parmi des usagers de drogue dans une région rurale . *Revue canadienne de santé publique*, 83(2): 102-105, 1992.

Poulin, C. *et al.* The epidemiology of cocaine and opiate abuse in urban Canada . *Revue canadienne de santé publique*; 89(4): 234-238, 1998.

Réseau juridique canadien VIH. *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques.* Montréal, Le Réseau, 1999.

Service correctionnel du Canada, Santé Canada, Nova Scotia Department of Health. *Rapport sur le projet Springhill.* Springhill (N.-É.), août 1999.

5.0 ANNEXES

A. Questionnaire à l'intention des répondants et lettre d'accompagnement

B. Enquête épidémiologique provinciale

C. Guide d'interview des répondants

D. Liste des répondants

E. Liste de la recherche et de la documentation dans le même domaine

ANNEXE A: Lettre d'accompagnement

Le 29 mars 2000

Monsieur, Madame,

La propagation du VIH/sida et d'autres infections comme l'hépatite C parmi les utilisateurs de drogues au Canada Atlantique exige une intervention réfléchie et immédiate. Nous savons déjà qu'un grand nombre d'utilisateurs de drogues injectables de la région ont des comportements à risque, mais une compilation des données disponibles est nécessaire pour mieux saisir le problème. La plupart des études canadiennes sur l'usage de drogues injectables ont été effectuées dans des grandes villes, à l'ouest des provinces Atlantiques. Bien qu'un travail de recherche utile dans le domaine de l'usage de drogues injectables et des risques connexes ait été réalisé dans la région de l'Atlantique, il a porté principalement sur certaines régions de la Nouvelle-Écosse, et on dispose de relativement peu de renseignements sur les utilisateurs de drogues injectables des autres provinces de l'Atlantique.

Vous trouverez ci-joint un questionnaire intitulé *Profil de l'utilisation de drogues injectables au Canada Atlantique*. Ce questionnaire a été envoyé à plus de 130 personnes et organismes dans les quatre provinces de l'Atlantique, y compris des centres d'échange de seringues, des programmes d'extension des services, des prestataires de services de maintien à la méthadone, des organismes communautaires de lutte contre le SIDA, des sections régionales de la Société de l'hépatite C du Canada, des groupes de Narcotiques Anonymes, des établissements correctionnels fédéraux et provinciaux, des responsables de l'application de la loi, et les ministères provinciaux de la santé (c'est-à-dire la Santé publique et les Services de toxicomanie). La présente recherche est financée par le bureau de la région de l'Atlantique de la Direction générale de la promotion et des programmes de la santé de Santé Canada.

Votre participation est essentielle au succès de ce projet et nous espérons sincèrement que vous prendrez le temps de répondre au questionnaire. Les renseignements que nous obtiendrons pourront servir à la planification de programmes de réduction des méfaits, de prévention du VIH, de prévention de l'hépatite B et C, ainsi que de prévention d'autres méfaits liés à la consommation de drogues injectables. Si vous avez l'impression qu'une autre personne de votre organisme serait mieux en mesure de répondre au questionnaire, n'hésitez pas à lui en transmettre une copie.

Le questionnaire est disponible en français et en anglais. Si vous avez des questions sur la recherche ou si vous désirez obtenir d'autres copies du questionnaire, veuillez communiquer avec Caroline Ploem par téléphone ou par télécopieur au numéro (506) 455-9862, ou par courrier électronique à l'adresse : cploem@nbnet.nb.ca. Veuillez retourner tous les questionnaires dans l'enveloppe fournie à cet effet, **au plus tard le 17 avril 2000**.

Étant donné votre expérience et vos connaissances dans le domaine de l'usage de drogues injectables, j'apprécierais avoir l'occasion de discuter plus à fond avec vous de certaines de ces questions. Je communiquerai avec vous d'ici une ou deux semaines afin de savoir si vous acceptez et à quel moment vous seriez disponible.
Je vous remercie pour votre temps et pour votre attention.

Agréez, Monsieur, Madame, l'expression de mes salutations.

La consultante en recherche,

Caroline Ploem

ANNEXE A: Questionnaire à l'intention des répondants

Nota : Dans le but d'alléger le texte, le genre masculin est utilisé pour désigner les personnes des deux sexes.

Section A : Renseignements généraux

La présente section vise à recueillir des renseignements de base sur votre lieu de travail et sur le type de travail que vous faites afin que nous puissions avoir une idée des répondants de l'enquête.

Q-1 (a) Nom : _____ **(b) Titre :** _____ **(c) Organisme/ministère :** _____ **(d) Adresse :** _____ _____ _____	**(e) Téléphone :** _____ **(f) Télécopieur :** _____ **(g) Courriel :** _____

Q-2 Quel est votre poste/rôle en rapport avec les utilisateurs de drogues injectables (UDI)? ***(Cochez toutes les cases pertinentes.)***	Infirmier Médecin Travailleur social/conseiller Conseiller en toxicomanie Travailleur des programmes d'extension	Membre d'un comité de réduction des méfaits (p. ex. méthadone, échange de seringues) Directeur/administrateur deprogramme Agent de police Autre (précisez) : _____
Q-3 (a) Quel est l'objectif principal de votre travail ou de votre participation en rapport avec les utilisateurs de drogues injectables? ***(Cochez toutes les cases pertinentes.)***	Échange de seringues Extension des services Éducation des UDI sur la réduction des méfaits (p. ex. injection sans danger, soin des veines) Traitement/maintien à la méthadone Prévention de maladies transmissibles (p. ex. VIH, hépatite C) Soin et soutien des UDI positifs pour le VIH ou pour l'hépatite C Désintoxication/traitement des dépendances en établissement	Traitement des dépendances, patients externes Dépistage du VIH/hépatite C Traitement des dépendances/éducation (dans un établissement correctionnel) Groupe d'entraide pour toxicomanes Éducation et sensibilisation aux drogues (p. ex. écoles, groupes de jeunes) Application de la loi Recherche sur l'usage de drogues injectables Autre (précisez) : _____
(b) Depuis combien de temps faites-vous un travail lié à l'utilisation des drogues injectables? _____ ***(ans)*** **(c) Au total, avec combien d'UDI, environ, avez-vous déjà travaillé personnellement?** _____ ***(UDI)***		

Q-4 Dans quel genre de milieu faites-vous votre travail lié à l'utilisation de drogues injectables? ***(Cochez toutes les cases pertinentes.)***

Organisme communautaire (précisez) :
- Échange de seringues
- Extension des services
- Lutte contre le VIH/sida
- Lutte contre l'hépatite C

Centre de dépistage des maladies transmissibles

Établissement correctionnel

Bureau gouvernemental (précisez) :
- Santé publique
- Toxicomanie/pharmacodépendance
- Services correctionnels/Justice/Solliciteur général
- Autre (précisez) : _____

Groupes d'entraide

Service de police

Établissements de soins aux personnes hospitalisées
- Centre de désintoxication/réadaptation
- Centre hospitalier/de soins de santé (autre que de désintoxication/réadaptation)

Services de traitement des dépendances des patients externes

Cabinet médical privé

Autre (précisez) : _____

Q-5 Vos connaissances et votre expérience des UDI du Canada Atlantique portent sur quels sous-groupes d'utilisateurs? ***(Cochez toutes les cases pertinentes.)***

- Tous les UDI
- Jeunes de la rue
- Adultes sans abri
- Détenus adultes
- Jeunes contrevenants
- Personnes en transition après une incarcération
- Clients en santé mentale
- Travailleurs de l'industrie du sexe
- Communautés autochtones/Premières Nations
- Personnes en désintoxication/traitement des dépendances
- Autre (précisez) : _____

Section B : Renseignements sur l'utilisation et l'injection de drogues

La présente section veut établir un profil des UDI dans diverses collectivités du Canada Atlantique.

Q-6 Veuillez noter qu'aux fins de la présente enquête, on entend par « votre collectivité » la région ou l'endroit qui vous est familier. ***Par exemple, si vos connaissances de l'usage de drogues injectables s'étendent sur votre province, « votre collectivité » sera votre province. Si vos connaissances s'étendent surtout sur une ville, cette ville sera « votre collectivité » Si vos connaissances s'étendent surtout sur un établissement (p. ex. une prison), cet établissement sera « votre collectivité ».***

(a) Indiquez ce que vous considérez être ***« votre collectivité »*** **:** _____

(b) Quel est le nombre approximatif d'UDI dans « votre collectivité » : _____ ***(UDI)***

Q-7 (a) À votre connaissance, quelles sont les drogues injectées par les UDI de votre collectivité? ***(Cochez toutes les cases pertinentes.)***

Je ne le sais pas ***(Continuez à la Q-8)***

Cocaïne/Crack

Opiacés

Héroïne Morphine Dilaudid Méthadone Demerol Codéine Autre _____

Talwin (ou autre médicament antidouleur non opiacé) _____

Utilisé seul Combiné avec le Ritalin

Amphétamines et stimulants autres que la cocaïne (« uppers »)

Dexédrine Amphétamine Speed Ritalin Autre _____

Sédatif hypnotique et tranquillisants (« dépresseurs ») (précisez si possible) : _____

Hallucinogènes

LSD Mescaline PCP DMT Autre _____

Stéroïdes

Autres drogues ou combinaisons de ce qui précède (précisez) : _____

Q-4 Dans quel genre de milieu faites-vous votre travail lié à l'utilisation de drogues injectables? ***(Cochez toutes les cases pertinentes.)***

Organisme communautaire (précisez) :
- Échange de seringues
- Extension des services
- Lutte contre le VIH/sida
- Lutte contre l'hépatite C

Centre de dépistage des maladies transmissibles

Établissement correctionnel

Bureau gouvernemental (précisez) :
- Santé publique
- Toxicomanie/pharmacodépendance
- Services correctionnels/Justice/Solliciteur général
- Autre (précisez) : _____

Groupes d'entraide

Service de police

Établissements de soins aux personnes hospitalisées
- Centre de désintoxication/réadaptation
- Centre hospitalier/de soins de santé (autre que de désintoxication/réadaptation)

Services de traitement des dépendances des patients externes

Cabinet médical privé

Autre (précisez) : _____

Q-5 Vos connaissances et votre expérience des UDI du Canada Atlantique portent sur quels sous-groupes d'utilisateurs? ***(Cochez toutes les cases pertinentes.)***

- Tous les UDI
- Jeunes de la rue
- Adultes sans abri
- Détenus adultes
- Jeunes contrevenants
- Personnes en transition après une incarcération
- Clients en santé mentale
- Travailleurs de l'industrie du sexe
- Communautés autochtones/Premières Nations
- Personnes en désintoxication/traitement des dépendances
- Autre (précisez) : _____

Section B : Renseignements sur l'utilisation et l'injection de drogues

La présente section veut établir un profil des UDI dans diverses collectivités du Canada Atlantique.

Q-6 Veuillez noter qu'aux fins de la présente enquête, on entend par « votre collectivité » la région ou l'endroit qui vous est familier. ***Par exemple, si vos connaissances de l'usage de drogues injectables s'étendent sur votre province, « votre collectivité » sera votre province. Si vos connaissances s'étendent surtout sur une ville, cette ville sera « votre collectivité » Si vos connaissances s'étendent surtout sur un établissement (p. ex. une prison), cet établissement sera « votre collectivité ».***

(a) Indiquez ce que vous considérez être ***« votre collectivité »*** **:** _____

(b) Quel est le nombre approximatif d'UDI dans « votre collectivité » : _____ ***(UDI)***

Q-7 (a) À votre connaissance, quelles sont les drogues injectées par les UDI de votre collectivité? ***(Cochez toutes les cases pertinentes.)***

Je ne le sais pas ***(Continuez à la Q-8)***

Cocaïne/Crack

Opiacés

Héroïne Morphine Dilaudid Méthadone Demerol Codéine Autre _____ .

Talwin (ou autre médicament antidouleur non opiacé) _____

Utilisé seul Combiné avec le Ritalin

Amphétamines et stimulants autres que la cocaïne (« uppers »)

Dexédrine Amphétamine Speed Ritalin Autre _____

Sédatif hypnotique et tranquillisants (« dépresseurs ») (précisez si possible) : _____

Hallucinogènes

LSD Mescaline PCP DMT Autre _____

Stéroïdes

Autres drogues ou combinaisons de ce qui précède (précisez) : _____

(b) À votre connaissance, quelles sont présentement les 3 drogues préférées des UDI de votre collectivité? *(Choisissez vos réponses dans la liste de la Q-7(a) ci-dessus.)*

Je ne le sais pas

1re choix : _____ 2e choix : _____ 3e choix : _____

Q-8 (a) À votre connaissance, où les UDI vont-ils pour s'injecter des drogues dans votre collectivité?

(Cochez une réponse pour chaque lieu.)	Oui	Non	Je ne le sais pas
1. Rues			
2. Fêtes privées			
3. Bars/brasseries/clubs			
4. Piqueries			
5. Fumeries de crack			
6. Établissements correctionnels			
7. Centres de désintoxication/traitement des dépendances			
8. Écoles publiques			
9. Collèges communautaires/universités			
10. Autre lieu (précisez) :			

(b) À votre connaissance, où les UDI de votre collectivité ont-ils le plus de chance de se rendre pour s'injecter des drogues?
(Choisissez dans la liste qui précède les 3 lieux les plus probables.)

Je ne le sais pas

_____ Lieu le plus fréquenté _____ 2e lieu le plus fréquenté _____ 3e lieu le plus fréquenté

Q-9 Que pouvez-vous nous dire de plus sur les drogues préférées ou sur les lieux d'injection de drogues dans votre collectivité?

_____

_____

_____

Les questions qui suivent traitent de diverses caractéristiques démographiques des UDI de la région de l'Atlantique.

Q-10 Savez-vous s'il y a des différences dans l'utilisation des drogues injectables entre les utilisateurs masculins et féminins de votre collectivité (p. ex. nombre d'utilisateurs, drogues consommées, préférences, lieux d'injection, modes d'utilisation)?

Oui Non Je ne le sais pas

Expliquez : _____

_____

_____

Q-11 À votre connaissance, quels sont les 3 groupes d'âge les plus fréquents des UDI de votre collectivité?

Choisissez parmi les groupes suivants : 17 ans ou moins 18 à 24 ans 25 à 34 ans 35 à 44 ans 45 à 54 ans 55 à 64 ans 65 ans ou plus

Je ne le sais pas

_____ **1er groupe d'âge** _____ **2e groupe d'âge** _____ **3e groupe d'âge**

Q-12 (a) Savez-vous s'il y a des différences dans l'utilisation des drogues injectables entre les clients des différents groupes d'âge (p. ex. drogues consommées, préférences, lieux d'injection, modes d'utilisation)?

Oui Non Je ne le sais pas

Expliquez : _____

_____

_____

(b) Savez-vous s'il y a des tendances ou des modes liées à l'âge des UDI dans votre collectivité? (P. ex. les utilisateurs commencent-ils plus jeunes? Plus vieux? Les clients plus jeunes ou plus vieux risquent-ils plus de partager leurs seringues? Y a-t-il plus de chances qu'ils aillent chercher de l'aide?)

Oui Non Je ne le sais pas

Expliquez : _____

_____

Q-13 (a) Votre travail vous a amené à rencontrer des utilisateurs de drogues injectables de quels groupes ethniques/culturels? (Cochez toutes les cases pertinentes.)

Autochtones/Premières Nations	Asiatiques (Chinois, Vietnamiens, etc.)	Originaires du Moyen-Orient
Noirs	Sud-Africains (Indiens, Pakistanais)	Inuits
Blancs	Hispaniques/Latino-Américains	Métis
		Autre (précisez) : _____

(b) Savez-vous s'il y a des différences ethniques/culturelles chez les utilisateurs de drogues injectables (p. ex. drogues utilisées, préférences, lieux d'injection, modes d'utilisation)?

Oui Non Je ne le sais pas

Expliquez : _____

_____

_____

Q-14 Savez-vous s'il y a des différences dans l'utilisation des drogues injectables entre les milieux urbains et ruraux? (P. ex. ce qui se passe dans les grandes villes par comparaison à ce qui se passe dans les petites villes et les villages - drogues utilisées préférences, lieux d'injection, modes d'utilisation.)

Oui Non Je ne le sais pas

Expliquez : _____

_____

_____

Q-15 En moyenne, quel est le niveau de scolarité le plus élevé atteint par la plupart des UDI de votre collectivité?

7e année ou moins	Moins que le secondaire	Diplôme d'études secondaires
Diplôme d'études professionnelles/collégiales	Diplôme universitaire	Je ne le sais pas

Section C : Activités liées à l'injection de drogues et activités

sexuelles à risque

Les questions suivantes portent sur certaines des activités des UDI des provinces Atlantiques qui peuvent poser des risques.

Q-16 Au meilleur de vos connaissances, indiquez quel pourcentage approximatif des utilisateurs de drogues injectables de votre collectivité pratiquent les activités ou ont les comportements suivants. ***(Cochez la case qui représente le pourcentage le plus près. Si vous n'en avez aucune idée, cochez la première case.)***

	Aucune idée	0 % AUCUN	25 %	50 %	75 %	100 % TOUS
a. Partage de seringues usagées						
b. Partage de seringues nettoyées à l'eau de Javel						
c. Utilisation constante de seringues personnelles et propres						
d. Partage de cuillères, filtres, eau, etc.						
e. « Frontloading » ou « backloading » *(c.-à-d. transfert d'une partie de la drogue en solution d'une seringue à une autre - p. ex. en retirant le piston ou l'aiguille de la seringue d'une deuxième personne)*						
f. « Booting » *(c.-à-d. aspiration de sang dans la seringue et injection de la solution, une ou plusieurs fois)*						
g. Pratiques sexuelles risquées avec des partenaires réguliers						
h. Pratiques sexuelles risquées avec des partenaires occasionnels						
i. Pratiques sexuelles risquées avec des clients des travailleurs de l'industrie du sexe						
j. Participation à l'industrie du sexe						
k. Participation à un test de dépistage du VIH						
l. Participation à un test de dépistage de l'hépatite B						
m. Participation à un test de dépistage de l'hépatite C						

Pouvez-vous ajouter des précisions sur la prévalence des comportements entourant l'injection de drogues et des comportements sexuels à risque des UDI de votre collectivité?

_____

_____

_____

Q-17 Environ quel pourcentage des UDI de votre collectivité ont eu un résultat positif pour les maladies suivantes :

(a) Hépatite B? _____ % Je ne le sais pas **(b) Hépatite C? _____ % Je ne le sais pas**

(c) VIH? _____ % Je ne le sais pas

Section D : Documentation et commentaires additionnels

Veuillez ajouter ici tout autre renseignement pertinent à la présente étude.

Q-18 ***Le rapport final découlant de la présente étude inclura une liste des documents de recherche, des rapports et des autres documents sur l'utilisation de drogues injectables dans la région de l'Atlantique.***

Indiquez tout document qui, à votre avis, contribue à mieux faire comprendre l'utilisation des drogues injectables dans la région et qui devrait faire partie de la présente analyse de l'environnement.

Je n'en connais aucun

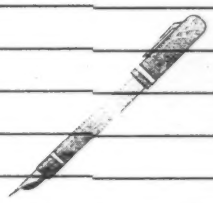
Titre du document	Auteur/organisme	Où et comment obtenir ce document
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Q-19 **Quels autres groupes ou organismes de votre collectivité font du travail qui porte sur l'utilisation de drogues injectables?**

Nom du groupe/organisme	Personne-ressource	Numéro de téléphone
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

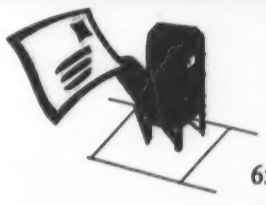
Q-20 **Avez-vous d'autres commentaires sur tout aspect de la présente enquête?**

(Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez écrire au verso ou joindre une autre feuille.)



Nous vous remercions beaucoup de prendre le temps de participer à cette enquête!

Veuillez placer le questionnaire dans l'enveloppe fournie à cet effet et le poster le plus rapidement possible.



ANNEXE B : Enquête épidémiologique provinciale

1. Nom : _____ Titre : _____

2. Ministère : _____ Tél. : _____ Téléc. : _____

3. **(a) Statistiques et données sur la surveillance : nombre de cas de VIH/sida jusqu'à présent**

Période de référence : de ____/____ (mois/an) à ____/____ (mois/an)

Nombre total de cas de VIH/sida*	**Nombre de cas**	**% du total**
Sexe :		
Hommes		
Femmes		
Non précisé		
Facteurs de risque :		
Utilisation de drogues injectables		
Non précisé		
**** Veuillez inclure les cas de VIH et de sida, en évitant si possible les répétitions.***		

(b) Utilisation de drogues injectables comme facteur de risque selon l'année du diagnostic

Année du diagnostic du VIH/sida	**Nombre de cas ayant utilisé des drogues injectables**	**% du nombre total de cas diagnostiqués au cours de l'année**
Avant 1990		
1990		
1991		
1992		
1993		
1994		
1995		
1996		
1997		
1998		
1999		
2000 (jusqu'en : _____[mois])		

4. Avez-vous des commentaires sur les tendances relativement à l'épidémiologie de VIH/sida parmi les utilisateurs de drogues injectables de votre province?

_____

_____

_____

5. **(a) Statistiques et données sur la surveillance : nombre de cas d'hépatite B jusqu'à présent**

Période de référence : de ____/____ (mois/an) à ____/____ (mois/an)

Nombre total de cas d'hépatite B	**Nombre de cas**	**% du total**
Sexe :		
Hommes		
Femmes		
Non précisé		
Facteurs de risque :		
Utilisation de drogues injectables		
Non précisé		

(b) Utilisation de drogues injectables comme facteur de risque selon l'année du diagnostic

Année du diagnostic de l'hépatite B	**Nombre de cas ayant utilisé des drogues injectables**	**% du nombre total de cas diagnostiqués au cours de l'année**
Avant 1990		
1990		
1991		
1992		
1993		
1994		
1995		
1996		
1997		
1998		
1999		
2000 (jusqu'en : _____ [mois])		

6. Avez-vous des commentaires sur les tendances relativement à l'épidémiologie de l'hépatite B parmi les utilisateurs de drogues injectables de votre province?

_____

_____

_____

_____

7. **(a) Statistiques et données sur la surveillance : nombre de cas d'hépatite C jusqu'à présent**

Période de référence : de ____/____ (mois/an) à ____/____ (mois/an)

Nombre total de cas d'hépatite C	**Nombre de cas**	**% du total**
Sexe :		
Hommes		
Femmes		
Non précisé		
Facteurs de risque :		
Utilisation de drogues injectables		
Non précisé		

(b) Utilisation de drogues injectables comme facteur de risque selon l'année du diagnostic

Année du diagnostic de l'hépatite C	**Nombre de cas ayant utilisé des drogues injectables**	**% du nombre total de cas diagnostiqués au cours de l'année**
Avant 1990		
1990		
1991		
1992		
1993		
1994		
1995		
1996		
1997		
1998		
1999		
2000 (jusqu'en : _____ [mois])		

8. Avez-vous des commentaires sur les tendances relativement à l'épidémiologie de l'hépatite C parmi les utilisateurs de drogues injectables de votre province?

_____

_____

_____

_____

9. Distribution de l'âge des personnes atteintes de VIH/sida, d'hépatite B et d'hépatite C, avec

l'utilisation de drogues injectables comme facteur de risque

Groupe d'âge au moment du diagnostic (utilisation de drogues injectables comme facteur de risque)	**Nombre de cas de VIH/sida**	**Nombre de cas d'hépatite B**	**Nombre de cas d'hépatite C**
Moins de 15 ans			
15–19 ans			
20–29 ans			
30–39 ans			
40–49 ans			
50–59 ans			
60 ans et plus			
Non précisé			
NOMBRE TOTAL DE CAS			

10. Voulez-vous ajouter autre chose sur la prévalence du VIH, de l'hépatite B, de l'hépatite C ou d'autres maladies transmissibles (p. ex. la tuberculose) parmi les utilisateurs de drogues injectables de votre province?

_____

_____

_____

11. Le rapport final découlant de la présente étude inclura une liste de documents de recherche, de rapports et d'autres documents sur l'utilisation de drogues injectables dans la région de l'Atlantique. Indiquez tout document ou rapport qui contribue à mieux faire comprendre l'utilisation des drogues injectables et les maladies transmissibles (p. ex. le VIH/sida, l'hépatite B, l'hépatite C) dans votre province et qui devrait faire partie du rapport final.

Titre du document	**Auteur/organisme**	**Comment l'obtenir**
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

12. Avez-vous d'autres commentaires sur tout aspect de la présente étude?

_____

_____

_____

Veuillez retourner le questionnaire par télécopieur d'ici le 12 mai à Caroline Ploem au (506) 455-9862.
Je vous remercie de m'avoir accordé votre temps et votre collaboration!

ANNEXE C : Guide d'interview des répondants

A. Renseignements généraux

1. (a) Nom : _____

   (b) Organisme : _____

   (c) Poste: _____

B. Rôle/expérience en rapport avec l'utilisation de drogues injectables

2. Pouvez-vous décrire brièvement votre **rôle/expérience** en rapport avec l'utilisation de drogues injectables?

3. Quand avez-vous commencé **à acquérir de l'expérience** en rapport avec l'utilisation de drogues injectables : _____**(année)**

4. Avec **combien d'UDI** environ avez-vous travaillé personnellement?_____ **(nombre d'UDI)**

C. Questions précises de la recherche

5. (a) Que savez-vous des **caractéristiques démographiques** des UDI de votre région ou de votre collectivité?

   Sexe? Âge? Scolarité? Milieu urbain/rural? Groupe ethnique?

   (b) Avez-vous remarqué au fil des années (ou connaissez-vous) des **tendances ou des modes liées aux caractéristiques démographiques** des UDI?

6. (a) D'après votre expérience, que pouvez-vous dire au sujet des **drogues utilisées**? Quelles sont les **drogues préférées**? Où l'**injection de drogues se produit-elle le plus souvent**?

   (b) Avez-vous des commentaires sur les **tendances ou les modes** liées aux types de **drogues utilisées, aux drogues préférées ou aux lieux d'injection**, qui sont apparues au fil des années?

7. Que pensez-vous de la **prévalence du VIH, de l'hépatite B ou de l'hépatite C** parmi les UDI de votre collectivité? Est-ce que cela préoccupe les UDI? Les UDI se soumettent-ils à des tests?

8. D'après votre expérience, comment les UDI **réagissent-ils en général aux messages sur la réduction des risques liés à l'injection de drogues et aux pratiques sexuelles**?

9. Que savez-vous des autres **risques pour la santé auxquels s'exposent les UDI** de votre collectivité?

10. De quoi disposez-vous dans votre collectivité pour l'éducation et le soutien des UDI?

11. Quelles autres mesures pourraient être prises dans votre collectivité pour **réduire les méfaits liés** à l'utilisation de drogues injectables?

12. Avez-vous d'**autres commentaires** (y a-t-il autre chose que nous devrions savoir au sujet des UDI de votre collectivité)?

ANNEXE D : Liste des répondants

Participant	Affiliation	Lieu de travail
Nouveau-Brunswick		
Lucie Audet	Ministère de la Santé et du Mieux-être (Santé publique)	Saint-Jean
Michel Bassonnault	Section antidrogue de la GRC	Bathurst
D' Timothy Christie	Ministère de la Santé et du Mieux-être (DSPSM)	Fredericton
Joan Clark	Ministère de la Santé et du Mieux-être (Santé publique)	Miramichi
Ginette Desjardins	Ministère de la Santé et du Mieux-être (Santé publique)	Grand-Sault
Julie Dingwell	AIDS Saint John	Saint-Jean
Sue Downs	Services de traitement des dépendances	Campbellton
D^re^ Margaret Dykeman	UNB Faculty of Nursing (Partners in Harm Reduction)	Fredericton
Haley Flaro	SIDA Nouveau-Brunswick	Fredericton
Michel Fournier	GRC	Fredericton
Erika Ganz	AIDS Saint John/Street Outreach	Saint-Jean
Margot Green	AIDS Saint John	Saint-Jean
Dave Hardy	Saint John Community Chaplaincy	Saint-Jean
Nancy Hicks	Centre de traitement et de réadaptation Ridgewood	Saint-Jean
Bob Jones	Ministère de la Santé et du Mieux-être (Services de traitement des dépendances)	Fredericton
Olive Keith	Ministère de la Santé et du Mieux-être (Santé publique)	Saint-Jean
D' David C. Khoun	Cabinet privé	Grand-Sault
Diane Lapointe	Ministère de la Santé et du Mieux-être (Santé publique)	Fredericton
Odette LeBlanc Pellerin	SCC, région de l'Atlantique	Moncton
D' Frank Lord	Pénitencier de Dorchester/centre de désintoxication de Moncton	Moncton
Joanne Murray	John Howard Society	Moncton
Claude Olivier	SIDA Nouveau-Brunswick	Fredericton
Maria Richard	Ministère de la Santé et du Mieux-être (Santé publique)	Moncton
Debi Ripley	Société de l'Hépatite C du Canada, section de Moncton	Moncton
John Sabine	GRC-Street Crime Unit	Saint-Jean
Susan Steeves	Pénitencier de Dorchester	Dorchester
D' André Touchburn	Établissement Westmorland	Dorchester
Deborah Warren	SIDA AIDS Moncton	Moncton
Joan Watling	Services de traitement des dépendances	Miramichi
Nouvelle-Écosse		
Marianne Anderson	John Howard Society of NS	Halifax
Diane Bailey	Mainline Needle Exchange	Halifax
Jacqueline Beal	Department of Health (Public Health Services)	Amherst
Carolyn Bennett	Stepping Stone	Halifax
D' Graeme Bethune	Cabinet médical privé	Halifax
Caroline Caseley	Department of Health (Public Health Services)	Bridgewater
Ruth Davis	Department of Health (Public Health Services)	Yarmouth
Monique Fong	Groupe de travail des Premières Nations de l'Atlantique sur le sida	Halifax
D' John Fraser	North End Community Health Centre	Halifax

Participant	Affiliation	Lieu de travail
D' Zachary Fraser	Drug Dependency Services Central Region	Dartmouth
Georgina Funge	Établissement de Springhill	Springhill
Darrell Gaudet	Halifax Regional Police	Halifax
Cory Harris	Cape Breton Chapter of the HeCSC	Sydney
Essie Hickey	Mainline Needle Exchange	Halifax
Peter Keirstead	GRC	Halifax
Frank M. Landry	GRC	Yarmouth
Kay MacIsaac	Department of Health (Public Health Services)	Dartmouth
Beverley Cash MacLeod	Department of Health (Public Health Services)	Sydney
Sheila McCurdy	Department of Health (Public Health Services)	Wolfville
Mitch McIntyre	Halifax Regional Police	Halifax
Helen McLeod	Department of Health (Addiction Services)	Pictou
Barry McNeil	Department of Health (Addiction Services)	Sydney
Brian Richardson	GRC	Stellerton
D' David Rippey	Établissement de Springhill	Springhill
Debra Dubreuil Walsh	Sharp Advice Needle Exchange	Sydney
Carol White	Department of Justice/Halifax Correctional Centre	Halifax
Non indiqué	Travailleuse de l'industrie du sexe	Sydney
Non indiqué	Travailleuse de l'industrie du sexe	Sydney
Non indiqué	Travailleuse de l'industrie du sexe	Sydney
Non indiqué	Cabinet médical privé	Halifax
Île-du-Prince-Édouard		
Barry Arsenault	Summerside Police Service	Summerside
Donna Bulman	AIDS PEI	Charlottetown
Mary Giddings	Public Health	Kensington
Mae Gorrill	PEI Department of Health & Social Services	O'Leary
Mike Kennedy	GRC-Opération policière conjointe, Division « L » antidrogue	Charlottetown
Jo Ann Macdonald	PEI Department of Health & Social Services	Charlottetown
Kevin McNeil	Programme de sensibilisation aux dangers de la drogue, GRC	Charlottetown
D' Lamont Sweet	PEI Department of Health & Social Services	Charlottetown
Kay Trainor	Addiction Services	Charlottetown
Terre-Neuve		
Kim Baldwin	Health and Community Services	St. John's
Colleen Greene	Health and Community Services	Gander
Paul Hierlihy	Royal Newfoundland Constabulary	St. John's
Irene Howlett	Health and Community Services	St. John's
Glenda Manning	Department of Justice, Pleasantville Youth Centre	St. John's
Patricia Murphy	NF & Lab AIDS Committee	St. John's
Cathy O'Keefe	Health and Community Services	St. John's
Tina Parsons	Addiction Services	St. Anthony
Gary Styles	GRC	St. John's
Ronald Tizzard	Health and Community Services (Addiction Services)	St. John's

ANNEXE E : Liste de la recherche et de la documentation dans le même domaine (1992–)

A. Portant principalement sur le Canada Atlantique

Barceló, A., B. Jones et C. Grobe. *Enquête provinciale sur la consommation de drogues par les élèves : Points saillants 1998*, ministère de la Santé et des Services communautaires, Service provincial d'épidémiologie, octobre 1998.

Barceló, A., L. Duffett-Leger et B. Jones. *Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies, Rapport de Fredericton*, ministère de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick, Service provincial d'épidémiologie,1998.

Balram, C. *Enquête de 1996 sur l'usage des drogues chez les élèves du Nouveau-Brunswick*, Fredericton (Nouveau-Brunswick), ministère de la Santé et des Services communautaires, 1997.

Dow, John R., *et al.* « An Economic Evaluation of the Main Line Needle Exchange », document non publié préparé à l'intention de la School of Health Services Administration, Dalhousie University, Halifax (Nouvelle-Écosse), printemps 1998.

Flint, Marion, et Essie Hickey. *Children of Drug Addicted Parents*, Halifax (Nouvelle-Écosse), Main Line Needle Exchange, juillet 1997.

Grandy, T. *New Occupational Hazards of Career Addicts: Main Line Intravenous Needs Assessment*, Halifax (Nouvelle-Écosse), Main Line Needle Exchange, 1995.

Halifax Regional Epidemiology Network on Drug Use. *Drug Use in Halifax: 1996*, Halifax, The Network, avril 1998.

Lior, L., et E. Stratton. *The Eastern Region Project: Seroprevalence of HIV, Hepatitis B and Hepatitis C Viruses and High Risk Behaviours Among IDU and Sexual Partners of IDU*, Halifax (Nouvelle-Écosse), Nova Scotia Department of Health, 1998.

Lior, L., *et al. A Look Behind Closed Doors: Injection and Sexual Risk Behaviour and HIV, HBV and HCV Inside a Canadian prison*, douzième conférence mondiale sur le sida, Genève, Suisse, du 28 juin au 3 juillet 1998.

Mainline Needle Exchange. « Compilation of Mainline Needle Exchange Questionnaire: August 6–March 31, 1999 », rapport non publié, préparé par Mainline Needle Exchange, Halifax (Nouvelle-Écosse), printemps 1999.

Poulin, C. « Une épidémie d'hépatite B parmi des usagers de drogue dans une région rurale », *Revue*

canadienne de santé publique, 83(2): 102–105 (1992).

Poulin, C., *et al.* « Alcohol and other drug use among adolescent students in the Atlantic Provinces », *Revue canadienne de santé publique, 90*(1): 27–29 (1999).

Poulin, C., *et al.* « La recherche de contacts parmi des usagers de drogue injectable dans une région rurale », *Revue canadienne de santé publique, 83*(2): 106–108 (1992).

Poulin, C., *et al. Student Drug Use Surveys in the Atlantic Provinces: A Standardized Approach*, subvention n° 6603-1402-DA du PNRDS, Halifax (Nouvelle-Écosse), Dalhousie University, janvier 1997.

Poulin, C., et B. Wilbur. *Nova Scotia Student Drug Use 1996: Technical Report*, Halifax (Nouvelle-Écosse), Department of Health et Dalhousie University, 1996.

Service correctionnel du Canada, Santé Canada, Nova Scotia Department of Health. *Rapport sur le projet Springhill*, Springhill (Nouvelle-Écosse), août 1999.

Spurrell, D., B. Clarke et C.A. MacDonald. *Newfoundland and Labrador Student Drug Use Survey 1996: Technical Report* [et] *Summary Report*, St. John's, NF: Newfoundland and Labrador Department of Health, 1996.

Stratton, E., *et al.* « Hepatitis C in Prince Edward Island: a descriptive review of reported cases, 1990–1995 », *Revue canadienne de santé publique, 88* (2): 91–94 (1997).

Stratton, E., *et al. HIV, HBV and HCV and risk behaviours in a semi-rural community in Canada*, Douzième conférence mondiale sur le sida, Genève, Suisse, du 28 juin au 3 juillet 1998.

Sweet, L., L. Van Til et L. Abbott. *Voluntary Anonymous HIV Survey of PEI Addiction Treatment Facility Patients*, Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard), PEI Department of Health and Social Services et le laboratoire du Queen Elizabeth Hospital, le 31 mars 1996.

B. Portant en partie sur le Canada Atlantique

Groupe de travail interministériel sur l'alcool et les autres drogues, *Stratégie canadienne antidrogue*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux, 1998.

Groupe de travail sur le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection. *Le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection : Un plan d'action national.* Ottawa, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies et Association canadienne de santé publique, 1997.

Laboratoire de lutte contre la maladie, *Actualités du Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Le VIH et le sida chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada*, Ottawa, Santé Canada, Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, mai 1999.

Laboratoire de lutte contre la maladie, *Actualités du Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada*, Ottawa, Santé Canada, Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, mai 1999.

McAmmond, D. *Document de travail sur les soins, le traitement et le soutien à donner aux utilisateurs de drogues par injection vivant avec le VIH ou le sida*, Ottawa, Santé Canada, mars 1997.

Poulin, C., E. Single et P. Fralick. *Réseau communautaire canadien de l'épidémiologie des toxicomanies (RCCET), Deuxième rapport national, 1999*, Ottawa, Réseau communautaire canadien de l'épidémiologie des toxicomanies,1999.

Poulin, C., *et al.* « The epidemiology of cocaine and opiate abuse in urban Canada », *Revue canadienne de santé publique, 89*(4): 234–238 (1998).

Réseau juridique canadien VIH. *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques*, Montréal, Le Réseau, 1999.